

**T.C.
GENELKURMAY BAŐKANLIĐI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI BAŐKANLIĐI**

**NORMAL SPONTAN VAJİNAL DOĞUM YAPANLARLA
SEZARYEN DOĞUM YAPANLARIN EMZİRMEYE BAŞLAMA
ZAMANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**Necibe ÜSTERME
Hv. Tbp. Ütğm.**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**ANKARA
2014**

T.C.
GENELKURMAY BAŐKANLIĐI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI BAŐKANLIĐI

NORMAL SPONTAN VAJİNAL DOĞUM YAPANLARLA
SEZARYEN DOĞUM YAPANLARIN EMZİRMEYE BAŞLAMA
ZAMANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Necibe ÜSTERME
Hv.Tbp.Ütđm.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Askeri Tıp Fakóltesi'nin
Aile Hekimliği Anabilim Dalı için Öngördüğü
UZMANLIK TEZİ
olarak hazırlanmıŐtır.

TEZ DANIŞMANI
Ümit AYDOĞAN
Doç.Dz.Tbp.Yb.

ANKARA
2014

GATA Askeri Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na;

“Normal Spontan Vajinal Doğum Yapanlarla Sezaryen Doğum Yapanların Emzirmeye Başlama Zamanlarının Karşılaştırılması” konulu bu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof.Tbp.Kd.Alb. Bayram KOÇ

Asil Üye (Tez Danışmanı) : Doç.Dz.Tbp.Yb. Ümit AYDOĞAN

Asil Üye : Yrd.Doç.Dz.Tbp.Yb. Oktay SARI

Yedek Üye : Doç.Dr. Altuğ KUT

ONAY:

Hv.Tbp.Ütğm. Necibe ÜSTERME'nin 07.07.2014 tarihinde savunduğı bu tez Akademi Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

Mustafa BAŞBOZKURT
Prof.Tbp.Tuğgeneral
Askeri Tıp Fakóltesi Dekanı ve
Komutan Bilimsel Yardımcısı

TEŞEKKÜR

Konunun belirlenmesi ve çalışmanın yürütülmesinde yardım ve katkılarını esirgemeyen, tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç.Dz.Tbp.Yb. Ümit AYDOĞAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman her konuda desteğini yanımda hissettiğimiz, değerli hocalarımız Prof.Tbp.Kd.Alb. Bayram KOÇ başta olmak üzere, Yrd.Doç.Dz.Tbp.Yb. Oktay SARI'ya teşekkür ederim.

Eğitimim süresince bulunduğum kliniklerden Çocuk Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Hv.Tbp.Kd.Alb. Faysal GÖK olmak üzere tüm personeline, Göğüs Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Tbp.Tuğ. Hayati BİLGİÇ olmak üzere tüm personeline, İç Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Tbp.Tuğ. Fikret ARPACI olmak üzere tüm personeline, Genel Cerrahi Kliniğinde başta Prof.Tbp.Tuğ. Yusuf PEKER olmak üzere tüm personeline, Kadın Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb. Ali ERGÜN olmak üzere tüm personeline, Psikiyatri Kliniğinde başta Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb. Nahit ÖZMENLER olmak üzere tüm personeline ve Kardiyoloji Kliniğinde başta Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb. Atila İYİSOY olmak üzere tüm personeline içten davranışları ve yardımlarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi hazırlarken bana desteklerini esirgemeyen tüm Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı çalışanlarına, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Yrd.Doç.Tbp.Kd.Bnb. Türker TÜRKER'e, Çocuk Gelişim Uzmanı Fatma Nur TOKDİL'e, Hv.Tbp.Yzb. Mevlüt KARADUMAN'a ve Funda YILDIZ'a teşekkür ederim.

Beni yetiştiren, maddi ve manevi desteği ile hayatım boyunca hep yanımda olan ve mesleki yönden her zaman örnek aldığım babam Prof Dr. İsmail ŞUMNULU'ya, annem Serpil ŞUMNULU'ya saygı ve şükranlarımı, sevgili eşim Olcay ÜSTERME'ye ve biricik kızlarım Meltem ÜSTERME ve Deniz ÜSTERME'ye sonsuz sevgilerimi sunarım.

Necibe ÜSTERME

Hv. Tbp. Ütğm.

Ankara, Haziran 2014

ÖZET

Hv.Tbp.Ütğm. Necibe ÜSTERME, “Normal Spontan Vajinal Doğum Yapanlarla Sezaryen Doğum Yapanların Emzirmeye Başlama Zamanlarının Karşılaştırılması”, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014.

Giriş: Bu çalışmanın amacı, normal spontan vajinal doğum ve sezaryen doğumun emzirmeye başlama zamanı üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem: Normal spontan vajinal doğum ve sezaryen doğumla sağlıklı bebek dünyaya getiren, 18 yaşından büyük 253 gönüllü katılımcı değerlendirildi. Katılımcıların ilk emzirme zamanları ve doğum şekilleri, 29 sorudan oluşan anket ile değerlendirildi. Değişkenler olarak doğum şekli, emzirmeye başlama zamanı ve sosyodemografik özellikler incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda, doğumdan sonra erken dönemde (doğumdan sonra < 1 saat) emzirme oranı %44,7 tespit edildi. Çalışmamızda, normal doğum yapanların erken dönemde emzirme oranları (%72,9), sezaryen doğum yapanların erken dönemdeki emzirme oranlarından (%22,3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Böylece, sezaryen doğum yapmış olmanın, normal doğuma göre, emzirmeye başlama zamanlarını olumsuz yönde etkilediğini tespit ettik. Emzirmeye başlamada gecikmeye neden olan başlıca diğer faktörlerin, genel anestezi almış olma, primiparite, bebeğin doğumdan sonra anneden ayrı olması olduğu saptadık.

Sonuç: Sezaryen doğum yapmış olmak emzirmeye erken başlamak açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu bakımdan, sezaryen doğum yapmışlara doğum sonrasında sağlık personeli tarafından verilecek erken emzirme desteği büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Emzirmeye başlama, doğum şekli, sezaryen doğum.

İNGİLİZCE ÖZET

Medical Doctor First Lieutenant Necibe USTERME, 'Comparing The Breastfeeding Initiation Times Of Cesarean Section Versus Normal Spontaneous Vaginal Delivery' , Gulhane Military Medical Academy Military Medical Faculty Department Of Family Medicine, Thesis Of Specialization In Medicine, Ankara.2014

Aim: The aim of this study is to assess the influence of cesarian section and normal spontaneous vaginal delivery on breastfeeding initiation times.

Materials and Methods: A total of 253 volunteer women older than 18 years and giving birth to a healthy newborn via cesarean section or normal spontaneous vaginal delivery were evaluated. The breastfeeding initiation times and modes of deliveries of the participants were evaluated via a questionnaire consisted of 29 questions. The variables studied were demographic characteristics, mode of delivery and breastfeeding initiation times.

Results: The percentage of early initiation of breastfeeding after birth (<1 hour) in our study was 44,7%.The percentages of early breastfeeding initiation of normal spontaneous vaginal birth (72,9%) were statistically significantly higher than the percentages of early breastfeeding initiation of cesarean section (22,3%) ($p<0.001$). So we concluded that, cesarean section negatively affects the early initiation of breastfeeding after birth.The other main factors negatively affecting the breastfeeding initiation time were general anaesthesia, primiparity and impeding of skin to skin contact of baby and mother by taking the baby from mother for medical procedures.

Conclusion: Cesarean section is an important risk factor for early initiation of breastfeeding. For this reason, the breastfeeding assistance for cesarean section given by healthcare professionals is of great importance.

Key Words: Breastfeeding initiation, mode of delivery, cesarean section.

İÇİNDEKİLER

ONAY:	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
İNGİLİZCE ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anne Sütü	3
2.1.1. Genel Bilgiler	3
2.1.2. Anne Sütünün Önemi	4
2.1.3. Dünya’da Emzirme İle İlgili Tarihsel Gelişim	4
2.1.4. Başarılı Emzirmede 10 Adım	5
2.1.5. Dünya’da Emzirme Durumu	6
2.1.6. Türkiye’de Emzirme Durumu	6
2.1.7. Anne Sütünün Özellikleri	8
2.1.8. Anne Sütünün Yararları	11
2.1.9. Anne Sütüyle Beslenmenin Kontrendikasyonları	12
2.1.10. Emzirme Ve İlaç Kullanımı	12
2.1.11. Laktasyon Fizyolojisi	12
2.1.12. Doğru Emzirme Genel Bilgiler	14
2.1.13. Doğru Emzirme Tekniği	15
2.2. Erken Emzirmenin Önemi ve Emzirmeye Başlamayı Etkileyen Faktörler	17
2.2.1. Sezaryen Doğumun Emzirmeye Başlamaya Etkileri	18
2.2.2. Genel Anestezinin Erken Emzirmeye Etkisi	20
2.2.3. Rejyonel Anestezinin Emzirmeye Etkisi	20
2.2.4. Sigara İçme	20
2.2.5. Biberonla Besleme ve Emzik Kullanımı	20

2.2.6. Bebekle Annenin Aynı Odada Olması ve Annenin Tutumu	20
2.3. Emzirmeye Başlatmada ve Devam Ettirmede Aile Hekimliğinin Önemi	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli	22
3.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi	22
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması.....	23
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
4. BULGULAR.....	25
5.TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	49

SİMGELER ve KISALTMALAR

GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences.
n.....	: Sayı.
p.....	: İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi.
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri.
APA.....	: Amerikan Pediatri Akademisi (American Pediatric Association).
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children' s Emergency Fund).
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü.
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi.

ŞEKİLLER

İkinci Bölümün Şekilleri:

Şekil 2. 1: Memenin anatomik yapısı (45).	14
Şekil 2. 2: Laktasyonu kontrol eden refleksler (45).....	14
Şekil 2. 3: İdeal emme pozisyonu (14).	16
Şekil 2. 4: Yanlış emzirme - sadece meme ucu bebeğin ağzında, areola tutulamamış, bebek memeden uzak (14).	16

Dördüncü Bölümün Şekilleri:

Şekil 4.1. Anestezi tipi ve doğum şekillerine göre katılımcıların dağılımı.....	27
Şekil 4.2. Doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanlarına göre katılımcıların dağılımı.	29

TABLÖLAR

Tablo 4. 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	25
Tablo 4. 2: Doğum şekillerine göre katılımcıların dağılımı.....	26
Tablo 4. 3: Anestezi tipi ve doğum şekillerine göre katılımcıların dağılımı. ..	26
Tablo 4. 4: Gebelerde görülen kronik hastalıkların dağılımı.	27
Tablo 4. 5: Gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların dağılımı.	28
Tablo 4. 6: Doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanlarının dağılımı. ..	28
Tablo 4. 7: Bebeklere anne sütü verme yöntemlerine göre katılımcıların dağılımı.	29
Tablo 4. 8: Doğumdan sonra bebeğe verilen ilk besin.	30
Tablo 4. 9: Emzirmeye başlamadan önce görülen belirtilerin dağılımı.	30
Tablo 4. 10: Katılımcıların emzirme ile ilgili bilgi düzeyleri.	31
Tablo 4. 11: Doğum şekline göre, bebeklerin katılımcıların yanında olma durumları.....	31
Tablo 4. 12: Emzirmeyi etkileyen diğer faktörlere göre katılımcıların dağılımı.	32
Tablo 4. 13: Doğum şekli ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 4. 14: Anestezi tipi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4. 15: Doğum şekli ve anestezi tipi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 4. 16: Bebeğin doğum sonrası katılımcının yanında olma durumu ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	34
Tablo 4. 17: Doğum şekli ve bebeğin katılımcının yanında olması ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	35
Tablo 4. 18: Parite ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması...36	
Tablo 4. 19: Emzirme yöntemi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4. 20: Doğum şekli ve emzirme yöntemi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	38

Tablo 4. 21: Katılımcıların eğitim düzeyi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	38
Tablo 4. 22: “İlk süt bebeğe faydalı mıdır?” sorusunu doğru yanıtlayma ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	39
Tablo 4. 23: Doğum sonrası katılımcının yanında refakatçi bulunma durumu ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	39
Tablo 4. 24: Emzirmeye başlamada belirti varlığı ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	40
Tablo 4. 25: Gebeliğin planlı olması ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	40
Tablo 4.26: Sigara içme ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	41
Tablo 4. 27: Bebeğin ilk besini ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.	41

1. GİRİŞ

Bebeğin sağlıklı büyüüp gelişebilmesi için, yaşına uygun beslenmesi gerekmektedir. UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) bebeklerin ilk 6 ay, su ve benzeri ek gıda almaksızın yalnız anne sütü almalarını, ek gıdalara altıncı aydan sonra başlamayı ve doğumdan sonra anne sütüne en az 2 yıl devam edilmesini önermektedir (1, 2). Yaşamın ilk altı ayında, anne sütünün yerine geçebilecek besin maddesi bulunmamaktadır.

UNICEF 2007 sonuçlarına göre, dünyada 5 yaşından küçük çocuk ölümlerinin %53'ü beslenme sorunlarından kaynaklanmaktadır (1). Bilindiği gibi; ilk 6 ay sadece anne sütü alma ve 1 yaşa kadar anne sütüne devam etme ile 5 yaşından küçük çocuk ölümlerinin %13'ünün önüne geçilebilir (3). Ancak günümüzde, ne dünyada ne de Türkiye'de, emzirme yönünden istenilen istatistiklere ulaşamamıştır. UNICEF 2007 sonuçlarına göre, dünyada 6 ay yalnız anne sütü alma oranı %52'dir. İlk altı ay sadece anne sütü verme oranları; Amerika'da %11,3, Afganistan'da %6, Çin'de %51 ve Türkiye'de %21'dir (1).

Doğumdan sonra emzirmeye erken başlamak, ileriki dönemde yalnız anne sütü ile beslenme oranlarını arttırmaktadır (4). TNSA 2003 sonuçlarına göre, doğumdan sonra bebeklerin yalnızca %54'ü ilk 1 saat içinde emzirilmeye başlanmış ve %16'sı doğumdan sonraki ilk gün hiç emzirilmemiştir (5). TNSA 2008 sonuçlarına göre ise, bebeklerin %39'u ilk 1 saat içinde, %73,4'ü 1 gün içinde emzirilmiştir (6).

Doğumdan sonraki ilk yarım saat, bebeğin en aktif olduğu ve emmesinin en güçlü olduğu dönemdir (4). İster sezaryen doğum ister normal doğum olsun, doğumdan sonra olabildiğince erken emzirmeye başlamak önemlidir (7). Çünkü bu dönemde emzirmeye başlamak, meme başı uyarısı ile prolaktin salgısını arttırarak laktasyonun da erken başlamasını sağlayacaktır (8).

Emzirme döneminde, bazen anneden, bazen de bebekten kaynaklanan sorunlar yaşanmaktadır. Laktasyonun gecikmesinde; primiparlık, sezaryen

doğum, bebeğin düşük doğum ağırlığı, emzirmeden önce mama ile besleme, psikososyal stres, annede obezite ve ilk emzirmenin gecikmesidir (9). Sezaryen doğum sonrasında, anestezinin etkisi, annenin hareket kapasitesinin kısıtlı olması, anne ile bebeğin ayrı olması ve benzeri nedenlerle emzirmeye başlama gecikebilmektedir. Anneler, epidural anesteziden sonra bebeklerini ilk yarım ile bir saat içinde emzirebilirken, sezaryenden sonra, ancak tamamen kendilerine geldikten sonra emzirmeye başlayabilirler. Bunun da yaklaşık dört saat zaman aldığı bildirilmiştir (10). Başarılı emzirme ve ilk altı ay sadece anne sütü verilmesi hedefinin gerçekleştirilebilmesi için, anneler doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye teşvik edilmelidir. Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirme, laktasyonun gecikmemesi ve toplam emzirme süresi açısından önemlidir (11). Doğumdan sonraki bu kritik dönemde, emzirmenin erken başlatılabilmesi için, annenin sağlık personeli tarafından desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Aile hekimliği sistemi hem bu dönemde, hem de gebeliğin ve anneliğin tüm dönemlerinde vereceği sürekli bakımla emzirmede istenen hedeflere ulaşmada etkin role sahiptir.

Çalışmamızda, sezaryen ile doğum yapmanın, anestezi alma, bebeğin anneden ayrı olması, stres faktörleri gibi nedenlerle normal doğuma göre ilk emzirme zamanında gecikmeye neden olup olmadığını araştırmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütü

2.1.1. Genel Bilgiler

Bebek beslenmesinde anne sütünün pek çok faydası bulunmaktadır. Bebeğe anne sütü vermenin en fizyolojik şekli emzirmedir.

UNICEF ve DSÖ, bebeklerin, doğumdan sonra ilk 6 ay sadece anne sütü almalarını, altıncı aydan sonra ek gıdalara başlanılmasını ve anne sütüne 2 yaşına kadar devam edilmesini önermektedir (12, 13).

Anne sütü; bebekleri enfeksiyonlara karşı korur, en ekonomik, en hijyenik ve en sağlıklı beslenme biçimidir. Gastrointestinal, solunum sistemi ve üriner sistem enfeksiyonları ve alerjik hastalıkları azaltır (14). İlk bir aydan sonra bebekte görülen enfeksiyon hastalıklarının temel nedeni ek besinlere başlamadır. Oysaki anne sütüyle beslenen bebekler hem anne sütünün enfeksiyondan koruyucu faktörleri sayesinde hem de hijyenik olmayan sıvı besin ve gıdalarla temas etmemeleri sayesinde enfeksiyon yönünden daha düşük riske sahiptirler. Görüldüğü gibi emzirmenin bebek sağlığı yönünden pek çok faydası bulunmaktadır.

Ancak, yapılan araştırmalara göre, ülkemizde emzirme istatistikleri, halen istenilen düzeyin altındadır. TNSA 2008 verilerine göre, ikinci ayında sadece anne sütü alan bebek oranı %69, anne sütü ile beraber su ve başka sıvı alan bebek oranı %7'dir. 3.ayda sadece anne sütü alanların oranı %42'ye düşmektedir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirme oranı %39 ve doğumdan sonraki ilk gün hiç emzirilmeyen bebek oranı %27'dir (6).

Ülkemizin temel hedeflerinden biri olan çocuk sağlığının korunması amacıyla emzirme yaygınlaştırma çabaları devam etmektedir. Bu çabaların önündeki engellerden biri de annelerin eğitim yetersizlikleridir. Günümüzde birçok anne, eğitim yetersizliğinden, emzirmemekte veya düzensiz emzirmekte veya bebek beslenmesinde mamayı tercih etmektedir. Emzirmeye doğumdan sonraki ilk yarım saatten geç başlamak, seyrek emzirmek, gece emzirmemek, emzirmeden önce bebeğe mama vermek,

biberon veya emzik kullanmak ve ek besinlere erken ya da çok geç başlamak gibi hatalı uygulamalar, başarılı emzirme hedeflerinin önündeki engellerdir.

Emzirme hedeflerine ulaşmada sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Danışmanlık ve rehberlik hizmetleri, psikolojik destek ve tıbbi destek, bu görevlerin temelini oluşturmaktadır (15).

2.1.2. Anne Sütünün Önemi

Anne sütünün yerine konulabilecek hiçbir besin maddesi bulunmamaktadır. Sayılamayacak kadar çok faydası bulunmaktadır. Bebeği enfeksiyona ve malnutrisyona bağlı ölümlerden korur. İlk 6 ayda bebek için en ekonomik beslenme şeklidir (16).

Yaşamının ilk 4 ayında sadece anne sütü almak, almamaya göre mortaliteyi 10-15 kat azaltır. Başarılı emzirme ile; gastroenterit, pnömoni, otitis media, menenjit, NEC, üriner enfeksiyonlar, ileriki dönemde diabetes mellitus, hodgin lenfoma, lösemi, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, astım ve alerjik hastalıklar riski azalmaktadır (17).

Emzirme, annede doğum sonrası kanamayı azaltır. Doğal kontrasepsiyon sağlar. Meme kanseri ve over kanseri riskini azaltır. Anne ve bebek arasındaki bağı güçlendirir.

Anne sütünün içeriği bebeğin yaşına ve ihtiyacına göre farklılık gösterir. Böylece bebeği malnutrisyondan korur. Anne sütü ile beslenme ekonomiktir. İlk 6 ay sadece anne sütü verme, hem aile hem de ülke ekonomisine de katkı sağlar.

Toplum sağlığının temel taşı birey sağlığı oluşturur. Birey sağlığının temel taşlarından biri ise sağlıklı beslenmedir. İlk 2 yaştaki sağlıklı beslenmede anne sütünün yeri tartışılmazdır. Bu nedenle, sağlıklı bir toplum sağlama hedefi gereğince, emzirmenin önündeki engellerin tespit edilerek ortadan kaldırılması şarttır.

2.1.3. Dünya’da Emzirme İle İlgili Tarihsel Gelişim

Eski Mısır’dan Rönesans dönemine kadar tüm kayıtlarda anne sütünün önemi vurgulanmıştır. Ancak, 20.yüzyıldan itibaren kadınların çalışma

hayatına girmesi ile biberon yaygınlaşmıştır. ABD’de 1930 yıllarında mama sanayinin gelişmesi de emzirmenin önündeki engellerden biri haline gelmiştir (18).

Özellikle 1970’li yıllarda anne sütünün önemi ile ilgili bilinçlenme yeniden başlamış ve 1978 yılında APA (Amerikan Pediatri Akademisi), bebek için en uygun besinin anne sütü olduğunu açıklamıştır. 1980’li yıllardan sonra emzirmenin desteklenmesine yönelik yapılan çalışmalar:

DSÖ/UNICEF (1979): emzirmenin özendirilmesi, anne sütünün muadillerinin kontrol altına alınması çalışmaları.

DSÖ/UNICEF (1989): Başarılı emzirme için on önerinin yayınlanması.

Innocenti bildirgesi (1990): Anne sütünün özendirilmesi, korunması ve desteklenmesi çalışmaları.

UNICEF/ DSÖ (1991): Bebek dostu hastane programı (19).

Günümüz için, emzirmede en güncel ve doğru kaynaklar, “Başarılı Emzirme İçin On Öneri” ve “İnnocenti Bildirgesi” olarak kabul edilmektedir.

2.1.4. Başarılı Emzirmede 10 Adım

2.1.4.1. Birinci ve İkinci Adım

Emzirmeye ilişkin politika hazırlanarak tüm sağlık personelinin bilgisine sunulur. Ayrıca tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda eğitilir.

2.1.4.2. Üçüncü Adım

Sağlık kuruluşlarında, gebelere anne sütünün faydaları ve emzirme tekniği ile ilgili eğitim verilir.

2.1.4.3. Dördüncü Adım

Annelerin yarım saat içinde emzirmek için desteklenmesi sağlanır, Sezaryen ile doğum yapmış anneye ise yanıt verdiği ilk yarım saat içinde emzirme desteği verilir.

2.1.4.4. Beşinci Adım

Sezaryen doğum yapma veya bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması gibi anne ve bebeğin ayrı olabileceği durumlarda ek emzirme desteği verilmelidir.

2.1.4.5. Altıncı Adım

Tıbbi endikasyon olmadıkça yenidoğan bebeklere anne sütü dışında gıda verilmemelidir.

2.1.4.6. Yedinci Adım

Sezaryen doğum yapılmış bile olsa, tıbbi endikasyon bulunan durumlar dışında, anne ile bebeğin 24 saat aynı odada olması sağlanmalıdır.

2.1.4.7. Sekizinci Adım

Anne, bebeğini her istediğinde emzirmesi için teşvik edilmelidir.

2.1.4.8. Dokuzuncu Adım

Emzirilen bebeklere biberon veya emzik verilmemelidir.

2.1.4.9. Onuncu Adım

Emzirme destek grupları oluşturularak, annenin hastaneden taburcu olduktan sonra da emzirme yönünden desteklenmesi sağlanmalıdır (20, 21).

2.1.5. Dünya’da Emzirme Durumu

DSÖ ve UNICEF verilerine göre, halen, dünyada hedeflenen emzirme oranlarına ulaşamamıştır. Tüm dünya’da 6 ay sadece anne sütüyle beslenen bebek oranı %38’dir. 2012 UNICEF istatistiklerine göre, Rusya’da emzirmeye doğumdan hemen sonra başlama oranı %21, 6 ay sadece anne sütü alma oranı %9 ve 2 yaşındaki çocukların emzirilme oranı %3,6’dır. Kanada’da emzirmeye erken başlama oranı %20, 6 ay sadece anne sütü alma oranı %20 ve 2 yaşında emzirilme oranı %24 olarak belirlenmiştir. Mısır’da emzirmeye erken başlama oranı %43, 6 ay sadece anne sütü alma oranı %53 ve 2 yaşında emzirilme oranı %35 bulunmuştur. Güney Afrika’da ise; emzirmeye erken başlama oranı %61, 6 ay sadece anne sütü alma oranı %8 ve 2 yaşında anne sütü alma oranı %31’dir (22).

ABD 2012 Ulusal Emzirme Verileri’ ne göre, 6 ay sadece anne sütü alan bebek oranı, %16,3, 6.ayda anne sütü alma oranı %47,2 ve 12.ayda anne sütü alma oranı %25,5 olarak bildirilmiştir (23).

2.1.6. Türkiye’de Emzirme Durumu

Türkiye’de, bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirilmesi, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6. aydan sonra ek gıdalarla beraber

emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesinin sağlanması amacıyla 1991'den beri, Sağlık Bakanlığı tarafından "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı" yürütülmektedir. Buna göre, "Bebek Dostu Hastane", "Bebek Dostu İl" ve "Anne Destek ve Anneden Anneye Destek" programları ortaya konulmuştur.

Emzirmenin teşviki için uygun anne sütü uygulamaları yapan hastaneler, "Bebek Dostu Hastane" adını almaktadır. 2010 yılına kadar, 784 hastane "Bebek Dostu Hastane" olmuştur. Bu hastaneler, iki yılda bir, yeni değerlendirilmeye girmektedir.

2000'li yıllardan sonra ortaya çıkan "Bebek Dostu İl" unvanına 2010 yılında toplam 78 il sahip olmuştur.

Annelerin hastaneden çıktıktan sonra emzirme için desteklenmesi amacıyla 33 ilde "Anne Destek ve Anneden Anneye Destek" grupları kurulmuştur (5, 24).

UNICEF 2012 verilerine göre, Türkiye'de, doğumu takiben ilk 1 saat içinde emzirme oranı %39, ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %42, 6-8 ayda ek gıdaya başlama %68 ve 2 yaşında emzirme oranı %22'dir (25).

Önceki verilere de bakacak olursak, ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebek oranı 1993'de %3 ve 1998'de %1,3 iken 2003'te %21'e ve 2008'de %42'ye yükselmiştir(6). 6 aylıktan küçük bebeklere anne sütü ile beraber su verme oranı TNSA 2003 sonuçlarında %25 iken, TNSA 2008 sonuçlarında %19'a düşmüştür(5, 6).Türkiye genelinde ortanca emzirme süresi; TNSA1993'de ve TNSA1998'de 12 ay iken, TNSA2003'de 14 aya ve TNSA2008'de 16 aya yükselmiştir. Bunlar, ülkemiz açısından sevindirici istatistiklerdir (6).

TNSA.2008 verilerine göre; tüm bebeklerin %97'si bir süre emzirilmiştir. 6 aydan küçüklerde sadece anne sütü alma oranı %42'dir. 6.ayda emzirilme oranı %83,8' tür(bunların %19'u anne sütü ve su, %26'sı anne sütü ve diğer süt, %3'ü anne sütü ve diğer sıvılar, %8'i anne sütü ve ek gıdalar almıştır). Bebeklere doğumdan hemen sonra anne sütü verilmesi önerilmesine karşın, bebeklerin %24'ü anne sütünden önce başka gıda almıştır. Yürütülen programa göre, bebeklere biberon ve emzik

önerilmemesine rağmen, 6 aydan küçük bebeklerde %41 oranında biberon kullanımı bildirilmiştir. Ortanca emzirme süresi; kentte 16 ay, kırsal kesimde 15 ay, bölgelere göre; Batı, Güney, Orta ve Kuzey Anadolu'da 15 ay ve Doğu Anadolu' da 18 ay olarak bulunmuştur. Başarılı emzirme için, bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirilmeye başlanması önerilmesine rağmen, bebeklerin sadece %39'u doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır. Ayrıca doğumdan sonraki ilk 1 günde emzirilen bebeklerin oranı %74'dür (6). TNSA 2008 sonuçlarında, erken emzirme oranlarının, TNSA 2003 sonuçlarına göre daha düşük olması erken emzirme konusu üzerine daha fazla eğitim ve çalışma yapılması ihtiyacını ortaya koymaktadır. Bebeği emzirmeye geç başlamak, ilk emzirmeden önce şekerli su veya formül mama gibi besinler vermeyi beraberinde getirir ki, bunlar da 6 ay sadece anne sütü vermenin önündeki büyük engellerdendir. Bu durum, hem eğitim hem de emzirmenin desteklenmesi konusundaki yetersizliği ortaya koymaktadır. Bu nedenle, annelerin bebeklerini anne sütüyle beslemeleri konusunda bilgilendirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu destekler konusunda, şüphesiz ki annenin kolay ve devamlı olarak ulaşabileceği sağlık hizmetinde yer alan "Aile Hekimi" ne önemli görevler düşmektedir.

2.1.7. Anne Sütünün Özellikleri

2.1.7.1. Anne Sütünün İçeriği

2.1.7.1.1.Sıvı

Anne sütünün %87'si sıvıdır. Bu nedenle bebeğin ilk 6 ay anne sütü dışında su dahil hiçbir sıvı almasına gerek yoktur (11).

2.1.7.1.2.Protein

Anne sütündeki protein, ilk 6 ayda bebeğin gereksinimlerini tam olarak karşılayacak düzeydedir. Anne sütünün çoğunluğunu(%60), sindirimi kolay olan whey proteini oluşturur, %40'ı ise sindirimi zor olan kazeindir (26).

Whey proteinlerini laktoferrin, α -laktoalbumin, laktoglobulin, lizozim, serum albumini ve immünglobulinler (IgA, IgG ve IgM) gibi antienfektifler oluşturur. İnek sütünün whey proteinlerinin çoğunu β -laktoglobulin oluşturmaz. β -laktoglobulin anne sütünde yoktur ve alerjiktir (27).

Anne sütünde sistin ve taurin gibi esansiyel aminoasitler bol bulunur. Bu aminoasitler, beyin gelişiminde çok önemlidir. Taurin büyümeyi ve hücre zarı bütünlüğünü sağlar, ayrıca retina zedelenmesini önler (28).

Anne sütündeki nükleotidlerden biri olan inozinfosfat anne sütündeki demirin emilimini artırır (27).

2.1.7.1.3.Lipid

Yağ içeriği, anne sütünde inek sütünden fazladır. Anne sütünün yağ içeriğinin %98'i trigliseridlerdir. Anne sütü, araşidonik asit, dokozaheksaenoik asit (DHA), linolenik asit ve alfa linoleik asit gibi çoklu doymamış yağ asitlerinden zengindir. Bunlar miyelinizasyon, retinal işlevler ve hücre yenilenmesinde görevlidir ve beyin ile görme işlevlerinin gelişmesine katkıda bulunurlar (29).

Anne sütünde bulunan lipaz, bebekteki düşük safra düzeyinde bile yağ sindirimine yardımcı olur. Bu enzim inek sütünde ve formül mamalarda bulunmamaktadır (30).

2.1.7.1.4.Karbonhidrat

Laktoz, anne sütü karbonhidratlarının en önemlisidir. Laktozun yaptığı çeşitli bileşikler beyin gelişiminde önemli rol oynar. Ayrıca kalsiyum emilimini kolaylaştırır ve kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler. Laktoz, bağırsaklarda normal bakteriyel floranın (*Lactobacillus bifidus*) gelişiminde önemlidir, ayrıca patojen mikroorganizmaların üremesini engeller (31).

Bunun yanı sıra anne sütünde enfeksiyonlardan koruma özelliği olan oligosakkaritler ve bazı kompleks karbonhidratlar da bulunur (27).

2.1.7.1.5.Vitaminler

Anne sütündeki vitaminlerden sadece D ve K vitaminleri bebek için yetersizdir. Anne sütündeki vitaminlerin biyoyararlılığı yüksektir. Suda eriyen vitaminlerin anne sütündeki konsantrasyonları, annenin beslenmesi ile ilişkilidir.

Anne sütündeki 22 IU/L D vitamini bebeğin günlük ihtiyacı için yetersizdir. Bu nedenle 15 günlükten itibaren tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini verilmelidir. Anne sütünde 15 mg/L olan K vitamini de yenidoğan için yetersizdir. Yenidoğanın hemorajik hastalığını önlemek için yenidoğan

bebeklere doğumda 0.5-1.0 mg K vitamini parenteral olarak verilir (27).

2.1.7.1.6.Mineraler

Anne sütünün mineral içeriğinin düzenlenmesinde, annenin mineral depoları kullanılır.

Anne sütündeki düşük sodyum miktarı, bebeğin immatür olan böbrek fonksiyonları için uygundur. Bu nedenle anne sütü ile beslenen bebeklerde hipernatremik dehidratasyon daha az görülür. Bebeklerde ilk bir ayda ortaya çıkan hipernatremik dehidratasyon, yetersiz anne sütü alımına bağlıdır (32).

Anne sütünün demir içeriği az olmakla birlikte biyoyararlanımı yüksektir. İnek sütündeki demirin ancak %10'u emilirken anne sütündeki demirin %50'si emilmektedir. Anne sütünde kalsiyum oranı inek sütüne göre düşüktür, ancak bağırsak pH' nın asit olması, yağ emiliminin daha iyi olması ve kalsiyum/fosfor oranının 2/1 olması nedeniyle emilim daha iyidir. Anne sütündeki kalsiyumun %55'i emilirken inek sütü veya inek sütünden hazırlanan formül mamalardaki kalsiyumun %38'i emilmektedir (26).

2.1.7.1.7.Büyüme Faktörleri

Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır.

Epidermal büyüme faktörü, sinir büyüme faktörü, insüline benzer büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon başlıcalarıdır. Beynin bilişsel işlevlerinin anne sütü ile beslenen çocuklarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (33).

2.1.7.1.8.Enzim ve Hormonlar

Anne sütünde 20'den fazla enzimin varlığı bilinmektedir (27). Yağ sindirimi için gereken lipaz, laktoz sentezinde rol oynayan galaktozil transferaz, anti-bakteriyel etkiye sahip laktoperoksidaz ve hidrojen peroksit başlıcalarıdır. Ayrıca, lipaz aktivitesi sonundaki ürünler; Giardia lamblia, Entamoeba histolitica, Trichomonas vaginalis enfeksiyonlarını önlemektedir (34).

Bunların yanı sıra, GnRH, tiotropin releasing hormon (TRH), tiotropin

stimulating hormon (TSH), prolaktin, gonadotropinler, overyan steroidler, kortikosteroid bağlayıcı proteinler, eritropoietin, c-AMP, triiyodotironin ve tiroksin gibi maternal hormonların da anne sütüne geçtiği gösterilmiştir (27).

2.1.7.1.9. Antimikrobiyeller ve İmmünomodülatörler

Laktoferrin, lizozim, fibronektin, salgısal immunglobulin A, musin, kompleman 3, oligosakkaritler, lipidler anne sütündeki antimikrobiyal faktörlerdendir. Vitamin A, C, E, katalaz, glutatyon peroksidaz, alfa-1 antitripsin, alfa-1 antikomotripsin, prostoglandin E1 ve E2, interlökin-10 ise antiinflamatuvar faktörlerdir. Ayrıca, anne sütünde interlökinler ve interferon gamma gibi immünomodülatörler bulunmaktadır. Monosit, makrofaj, T ve B lenfositleri ise hücresel bileşenleri oluşturmaktadır. Başta salgısal immunglobulin A olmak üzere diğer immünoglobulinler; salmonella, şigella, kolera, poliovirüs, rotavirüs ve diğer mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonları önler (35).

Anne sütü bu özellikleri ile bebeği sepsis, bakteriyemi, menenjit, solunum yolu enfeksiyonları, gastroenteritler, üriner sistem enfeksiyonları ve akut otitis mediadan korur.

2.1.8. Anne Sütünün Yararları

Anne sütü her zaman kullanıma hazırdır. Ekonomiktir. Enfeksiyon riski yoktur. Isıtmak gerekmez. Geceleri emzirmek mama hazırlamaktan daha kolaydır. Bebek anne sütünü kolay sindirir. Çevre kirliliği yapmaz.

Anne sütü bebeğin intestinal gelişimini ve motilitesini sağlar. Anne sütünün solunum sistemi, üriner sistem ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına karşı koruyucu etkisi vardır.

Anne sütü bebeği uzun dönemde Tip I diabetes mellitus, koroner kalp hastalıkları, çölyak hastalığı, inflamatuvar barsak hastalıkları, multipl skleroz, lösemi, hodgkin lenfoma, alerjik hastalıklar, metabolik sendrom ve obeziteden korur (2). Anne sütüyle beslenen bebeklerde aşılarla antikor cevabı, görme keskinliği ve retina gelişimi mamaya göre daha iyidir (36).

Emzirme anneyi over ve meme kanserlerinden korur. Osteoporoz ve anemiye engeller. Doğumdan hemen sonra emzirme annenin doğum sonrası

kanama riskini azaltır(37, 38).Doğal aile planlaması yöntemidir. Düzenli emzirme, ovülasyonu engeller.

Emzirme anne ile bebek arasındaki bağı güçlenmesini sağlar, bebeğin güven duygusunu ve annenin özgüvenini artırır(39).

2.1.9. Anne Sütüyle Beslenmenin Kontrendikasyonları

Emzirmenin kontrendike olduğu durumlar;

- 1.Bebekte klasik galaktozemi ve fenilketonüri.
 - 2.Annede aktif brucella, HTLV (human T lenfotropik virus) 1 ve 2 pozitifliği.
 - 3.Annenin kemoterapi veya radyoterapi alması(40).
 - 4.Aktif olarak esrar, kokain, fensiklidin gibi madde kötüye kullanımı olan anneler (Anne az miktar alkol aldıysa, örneğin 2 kadeh şarap, emzirme en az 2 saat sonra olmalı)(41).
 - 5.Herpes Simplex lezyonu olan memeden emzirme(40).
 - 6.Aktif tüberküloz, emzirme ile değil, damlacık yoluyla bulaştığından, aktif tüberkülozlu anneler bebeğini emziremez ancak, süt, sağılarak bebeğe verilebilir.
- Annenin sigara içmesi emzirme için kesin kontrendikasyon değildir, ancak, ani bebek ölümü sendromu ile yakın ilişkilidir ve bebek respiratuvar alerjilerinden de sorumludur, kullanımı engellenmelidir (41).

2.1.10. Emzirme Ve İlaç Kullanımı

Annenin kullandığı bazı ilaçlar anne sütüne geçebilmektedir. Emzirme döneminde kullanılmaması gereken ilaçlar; psikoterapötik, antiepileptik, radyoaktif ve kemoterapötik ilaçlardır.Bu dönemdeki annenin uygun dozda kullanmasına izin verilen ilaçlar, antipiretikler, analjezikler, antibiyotikler, antitüberküloz ve antihipertansif ilaçlardır. Emzirmenin kesilmediği ancak bebeğin izlenmesini gerektiren ilaçlar; antikonvülzan ve diüretiklerdir (20, 42).

2.1.11.Laktasyon Fizyolojisi

Meme, yağ doku ve bağ doku ile bunlar arasında yer alan, süt

sentezinin yapıldığı alveolar hücreler, alveoller etrafındaki, sütün duktuslara atılmasını sağlayan kasılma özelliğindeki miyoepitelyal hücreler ve sütün meme ucuna ulaşmasını sağlayan duktuslardan(süt kanalları) oluşur.

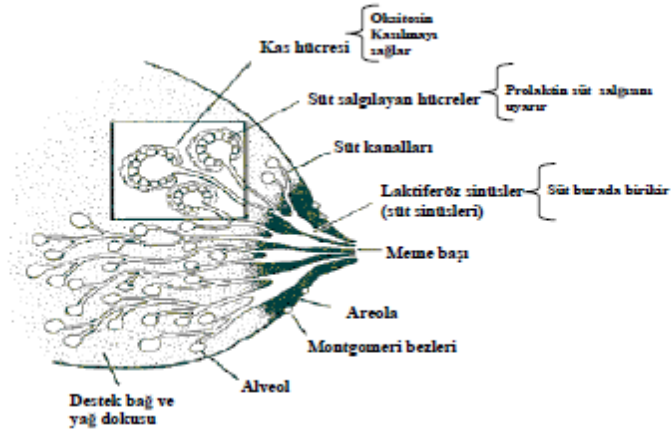
Laktogenez, süt salgısının başlaması ve süt salgısının artışı aşamalarından oluşur. Salgının başlamasına evre 1 laktogenez denir ve gebeliğin ikinci trimesterinde başlar. Plasentadan salgıladığı yüksek seviyelerdeki progesteron nedeniyle gebeliğin 16. haftası dolaylarında, az miktar süt salgısı başlayabilir.

Süt salgısının artışına, evre 2 laktogenez denir ve doğum sonrası 2.-3. günler civarında gerçekleşir. Prolaktin, kortizol ve insulin düzeylerindeki artışa bağlı oluşur. Primiparlıkta, sezaryen doğum yapanlarda, diyabetlilerde, plasental retansiyonlu olgularda, zor vajinal doğum yapmış olanlarda ve emzirmeye başlamaya gecikmede evre 2 Laktogenez 7-10. günlere kadar gecikebilir (43).

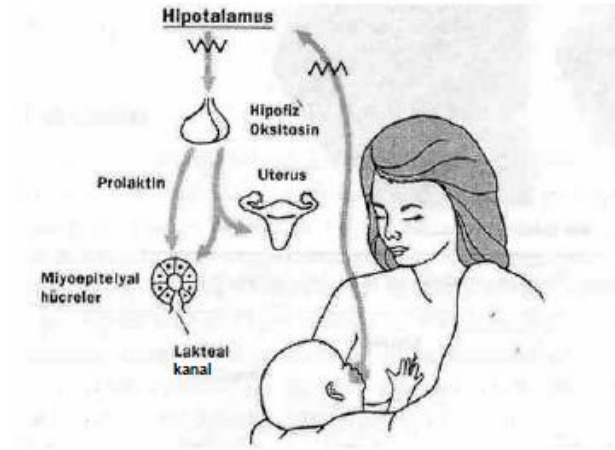
Prolaktin ön hipofizden salgılanır. Süt üretimini sağlar. Oksitosin ise, alveoller etrafındaki miyoepitelyal hücrelerin kasılmasını sağlayarak üretilen sütün meme duktuslarına atılmasını sağlar.

Bebeğin emmeye başlamasıyla birlikte prolaktin sekresyonu ile eş zamanlı olarakarka hipofizden de oksitosin sekresyonu olur (27).

Doğumdan sonra, erken dönemde düzenli emzirmeye başlanmazsa, prolaktin düzeyleri düşer ve süt salgılanması giderek azalır. Emzirmeye başlamama veya psikolojik stresler veya sezaryen doğum gibi cerrahi prosedüre maruz kalma oksitosin salgılanmasını azaltır. Bu da doğum sonrası memeden süt gelmesini baskılar. Düzenli emzirmek, ayrıca hipotalamustan GNRH salgısını baskılayarak, ovülasyonu da engeller(44).



Şekil 2. 1:Memenin anatomik yapısı (45).



Şekil 2. 2:Laktasyonu kontrol eden refleksler (45).

2.1.12.Doğru Emzirme Genel Bilgiler

Prolaktin sekresyonu meme başının uyarılması ile başladığından, bebek, doğumdan sonra ne kadar erken emzirilirse, süt salgılanma döngüsü de o kadar çabuk aktive olacaktır. Bu nedenle ister normal doğum, ister sezaryen olsun, bebek doğumdan sonra mümkün olduğunca erken emzirilmeye başlanmalıdır.

Yapılan çeşitli çalışmalarda, epidural anestezi sonrası ilk yarım ile bir saatte emzirmenin başlatılabildiği bulunmuştur. Sezaryenden ise dört saat sonra annelerin bebeklerini emzirebildiği sonucu çıkmış olsa da, güncel uygulamalarda, doğumdan sonraki ilk 1 saatte emzirme pratikleri yapıldığına

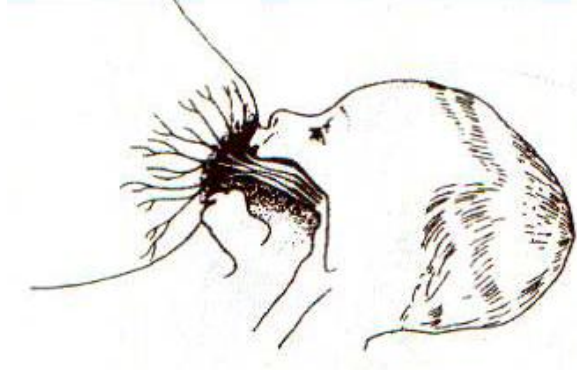
dair kanıtlar mevcuttur (10).

Bebek, yaşamım ilk günlerinde acıktıkça ve her iki memeden 5'er dakika süre ile emzirilmelidir. Yaşamım ilk günlerinde her öğünde çay kaşığı kadar gelen kolostrum, bebek beslenmesi için yeterlidir. Daha sonraki günlerde emzirme süresi 10-15 dakikaya çıkarılır ve 2-3 saatte bir emzirilmelidir. İlk 3-4 ay bebek her istediğinde emzirilir. Günde 8-12, hatta daha fazla emzirilebilir. Emme süresi 20 dakikayı geçmemelidir(46).

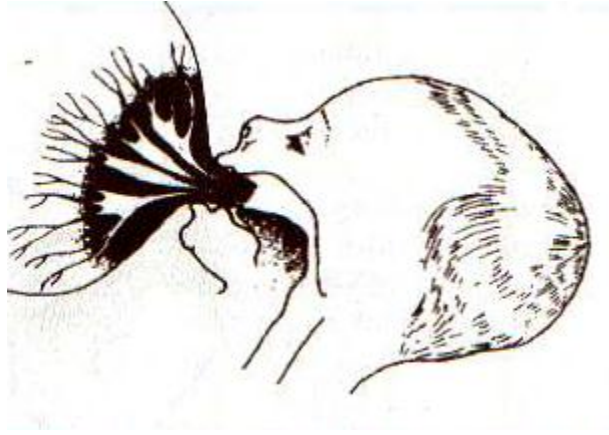
2.1.13. Doğru Emzirme Tekniği

Emzirirken, anne rahat bir şekilde oturmalı ayakları ve belini desteklemelidir. Yatakta ise sırtı yastıklarla desteklenmelidir (47). Başarılı bir emzirmenin altın kurallarından biri anne ve bebeğin doğru pozisyonda olmasıdır. Sezaryenden sonra; bebek ilk gün anne sırt üstü iken, 24 saatten sonra yan yatar pozisyonda, üçüncü günden itibaren yastık desteği ile oturarak emzirilmelidir. Bu nedenle anne ilk üç gün, normal doğuma göre daha fazla hemşire desteğine ihtiyaç duyar (10).

Bebeğin gövdesi anneye paralel ve yüzü memeye dönük olmalıdır. Anne, areolayı başparmak üstte ve diğer parmaklar altta olacak şekilde tutmalıdır(C tutuşu). Emzirmeye başlamadan önce bebeğin dudaklarına dokunularak, ağzı geniş şekilde açılmalıdır. Alt dudak areolanın alt kısmını kaplamalı ve dil meme başının altında olmalıdır. Bebeğin başı hafif ekstansiyonda iken çenesi annenin memesine basınç yapmalı ve burun delikleri rahat nefes alması için açık tutulmalıdır. Bebek yeterince emdikten sonra onu memeden ayırmak için ağzın köşesinden parmak sokulur ya da anne tarafından bebeğin çenesi aşağıya doğru çekilir. Süt alan bebeğin yanakları dolgundur ve çenesi memeye dayanmıştır (2, 17).



Şekil 2. 3:İdeal emme pozisyonu (14).



Şekil 2. 4:Yanlış emzirme - sadece meme ucu bebeğin ağzında, areola tutulamamış, bebek memeden uzak (14).

Emzirme basamakları

1.Önce bebeğin yüzü memeye bakacak şekilde, bebeğin dudak kenarı meme başına yaklaştırılarak ve dudak meme ucuna değdirilerek memeyi araması sağlanır.

2.Sonra meme C tutuşu ile sandviç gibi, başparmak ve işaret parmağıyla, bebeğin dudağına paralel tutularak bebeğin memeyi kolay kavraması sağlanır.

3.Eğer bebek emerken yanakları içeri doğru çekiliyor ve şapırtı sesi duyuluyorsa memeyi yeterince kavrayamamıştır, memeden çekilip ilk basamağa dönülür. Doğru emzirme esnasında bebeğin çenesi memeye dayalı ve burnu rahat nefes alacak şekilde açıkta olmalıdır.

4.Bebek doğru pozisyonda emmeye başladığında, el ile başının

arkasından destek olunmalıdır.

5.Bebek emmeye başladıktan sonra, C şeklinde duran el memeyi serbest bırakmalıdır.

6.Eğer bebek uygun pozisyonda bu şekilde emmeye devam ediyorsa, hafifçe desteklenerek emzirme sürdürülmelidir, ama eğer bu esnada meme ucunda ağrı hissediliyorsa bebeğin pozisyonu bozulmuş veya bebek memede uyumuş olabileceğinden bebek ağız kenarından parmak ucuyla memeden ayrılarak 1.basamağa geri dönülmelidir (48).

Anne sütünün yeterli olduğu konusunda bebeğe ait göstergeler:

1. Bebeği emzirirken sık yutma hareketinin görülmesi
2. Bebeğin yeterli idrar yapması: ilk 48 saatte 2–3 kez/24 saat, üçüncü günde 3 kez veya daha çok/24 saat, dördüncü-altıncı günde 4 veya daha çok/24 saat, altıncı günden sonra 6 veya daha çok/24 saat
3. Bebeğin yeterli gaita yapması: ilk dört gün 2–3 kez/24 saat, dört-altı haftada 3 veya daha çok/24 saat, dört-altı haftadan sonra 5 veya daha çok/24 saat veya 1 kez/5–6 gün arası değişen sıklıkta
4. Bebeğin ağırlık kaybının %8'den daha az olması
5. Bebeğin haftada 115–225 gram alması, bebeğin kilosunun uygun persantilde olması
6. Deri turgorunun ve fontanel bombeliğinin normal olması(49).

2.2.Erken Emzirmenin Önemi ve Emzirmeye Başlamayı Etkileyen Faktörler

DSÖ/UNICEF'in 1989 tarihli "Başarılı Emzirme İçin On Öneri" sinin dördüncü adımı; annelerin emzirmeye erken başlamasının sağlanmasını öngörür(1, 14). Emzirmeye, doğum sonrası ilk 1 saat içinde başlamak, erken emzirme olarak nitelendirilir. Bu dönem; bebeğin en uyanık, emme reflekslerinin en aktif olduğu dönemdir. Widström ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bebeğin emme yeteneğinin ilk 1 saat içinde en üst düzeye çıktığı ve bu dönemde emzirilmeyen bebeklerin aynı performansı sağlama yeteneklerini ancak doğumdan sonraki 2-3.saatlerde tekrar kazandığı

gösterilmiştir(50). Erken emzirme; 6 ay sadece anne sütüyle beslenme hedeflerine ulaşmada ve yenidoğanın mortalitesi ve morbiditesinin önlenmesinde kritiktir (51). Edmond ve ark. doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilen bebeklerde ölüm riskini %0,7 bulurken, sonrasında emzirilen bebeklerde ölüm riskini %1,4 bulmuştur (52). DSÖ; doğumdan sonra ilk 1 saatte emzirmeye başlama oranlarını; %0-29 arası kötü, %30-49 arası orta, %50-89 arası iyi ve %90-100 arası çok iyi olarak gruplandırmıştır. TNSA 2003 verilerine göre, Türkiye’de doğumdan sonraki ilk 1 saatte emzirme %54 iken, TNSA-2008 bulgularında; %39’a gerilediği, yani DSÖ sınıflandırmasında “İyi” grubundan “Orta” grubuna düştüğü görülmüştür(5, 6). Bebeğin sezaryen doğum olması, doğumda genel anestezi alınmış olması, doğumdan sonra bebeğin anneden ayrı olması, doğum sonrası emzirmeden önce formül mama ve biberon kullanımı, primiparite erken emzirmenin başlıca engelleridir.

2.2.1. Sezaryen Doğumun Emzirmeye Başlamaya Etkileri

Normal doğum ile dünyaya gelmiş olan sağlıklı bebek, genellikle erken emzirmeye başlanır ve uzun süre emzirilir. Ancak normal doğumlarda bile, emme refleksinin en güçlü olduğu ilk yarım saat, rutin hastane uygulamaları nedeniyle anne ile bebek bir araya gelemeyerek emzirme başlatılamamaktadır. Genellikle sorunsuz normal doğum sonrası emzirme ilk 1 saat içinde gerçekleşirken, sezaryen doğumda bu süre, daha fazla olmaktadır.

Buna rağmen, sezaryen oranları; dünyadaki artışa (ABD’de 2012 yılında %32’ye yükselmiş) paralel olarak ülkemizde de artmaktadır. TNSA-2003 verilerinde, ülkemizde sezaryen doğum yapma %21,2 iken, TNSA-2008 verilerinde %36,7’ye yükselmiştir (5, 6).

Genel anestezi sonrası annenin anestezi etkisinden kurtulma süresinin uzun olması, annenin işlevselliğine geç dönmesi, anne ya da bebekte sezaryene neden olan tıbbi durumlar nedeniyle anne ve bebeğin ayrı olması, cerrahi işlemin getirdiği stresin, oksitosin yanıtını baskılaması, bebeğe tıbbi bakım veren personelin bebeği mama veya biberon kullanarak beslemesi, annede insizyon ağrıları nedeniyle doğru emzirme pozisyonu almanın zorlaşması ve annenin geç mobilizasyonu sezaryen doğumda emzirmenin

gecikmesinin başlıca nedenleridir (2, 53).

Yapılan çalışmalar, doğumla ilk emzirme zamanı arasında geçen sürenin ortalama normal doğumlarda yarım saat iken, sezaryen doğumlarda dört buçuk saat olduğunu göstermiştir(10). Yapılan çalışmalarda, sezaryen doğum yapanların, normal doğum yapanlara göre, daha fazla emzirme sorunu yaşadığı ortaya konmuştur.

Ancak, günümüzde çoğu sezaryen doğum, rejyonel anestezi ile gerçekleşmekte olup, doğum salonunda anne bebek tensel teması sağlanmaktadır.

2.2.1.1.Sezaryen Doğum Sonrasında Erken Emzirme Pratikleri

Dünyadaki çeşitli bebek dostu hastanelerde geliştirilmiş birtakım sistemlerle, sezaryen doğum sonrasında, anne ile bebek arasında erken tensel temas sağlanmakta ve bebek doğumunu müteakip ilk 1 saat içinde emzirilmektedir.

İspanya'dan bir örnek sistemde, sezaryen doğum sonrası, kadın doğum uzmanı, neonatoloji uzmanı ve anestezi uzmanı, beraber olarak annenin bebekle tensel temas için uygun olup olmadığına karar verir. Uygundur kararı verildikten sonra, kadın doğum uzmanı anneyi bilgilendirir ve ebe, bebeği annenin göğsüne yatırır ve neonatolojist bebeğin muayenesini burada yapar. Neonatolojist ameliyathanede yaklaşık 15 dakika kalır, bundan sonra bebekten neonatoloji hemşiresi sorumludur. Neonatoloji hemşiresi ameliyathanede tensel temas ve emzirmenin başlatılmasından sorumludur.

ABD' den bir örnek sistemde ise, ameliyathanede bebekle ilgilenen 1 hemşire ve doğum prosedürü ve anneye ilgilenen 1 ebe bulunmaktadır. Ameliyathanede, anestezi uzmanı da annenin durumuyla ilgilenir. Doğum sonrasında, ameliyathanede, doğumla ilgilenen ebe bebekle ilgilenmeye başlar ve ayılma ünitesinde de bebekle ilgilenir. Ayılma ünitesinde, ayılma ünitesi hemşiresi ise anneden sorumludur. Ayılma gerçekleştikten sonra, anne ve bebek postpartum bölüme geçer ve burada, bebekle ilgilenmiş olan ebe, her ikisiyle ilgilenmeye başlar.

Tüm bu sistemler sayesinde, erken anne bebek tensel teması

sağlanmakta ve sezaryen doğum sonrası erken emzirme ve süt salgılanması için çaba sarf edilmektedir (54).

2.2.2. Genel Anestezinin Erken Emzirmeye Etkisi

Annedeki anestezi depresyonun ve bebekteki anestezi nedenli motor depresyon, emzirmeyi olumsuz etkilemektedir (55).

2.2.3. Rejyonel Anestezinin Emzirmeye Etkisi

Rejyonel anestezi, doğum için sıklıkla kullanılan yöntemlerdendir. Doğum ağrısında etkili bir yöntemdir ve anestezi depresyon etkisi, inhalasyon ve parenteral yöntemlerden hafiftir. Yapılan çeşitli çalışmalar arasında, epidural anestezinin doğum sonrası bebeğin uyanıklığı, emme kapasitesi ve anneden süt salgısını engellediği konusunda fikir birliği yoktur (56).

2.2.4. Sigara İçme

Nikotinin prolaktin üretimini ve süt miktarını azalttığı gösterilmiştir(57).

2.2.5.Biberonla Besleme ve Emzik Kullanımı

Bebeğe tıbbi, zorunluluk olmadıkça emzirme öncesinde su, şekerli su, mama gibi besin maddeleri verilmemelidir (14). Hazır mama almak, bebeğin açlığını giderdiğinden emmede isteksiz olacaktır ve biberonla beslenme emmeden daha az efor sağlamasına neden olduğundan, biberon alan bebek, emmek istemeyecektir.

2.2.6. Bebekle Annenin Aynı Odada Olması ve Annenin Tutumu

Doğumdan sonra anne ile bebeğin erken tensel temasının, erken emzirme davranışı oluşturmada faydalı olduğu bilinmektedir. Bebek ile erken tensel temas, annelik duygularını geliştirerek emzirme davranışı için motivasyon sağlayacaktır. Annenin, bundan sonra laktasyonu algılaması da süt vermede devamlılığı sağlayacaktır. Annenin laktasyonu algılamasındaki 4 temel belirtinin; memelerde sertleşme, şişlik, doluluk hissi ve süt sızıntısı olduğu görülmüştür. Yine de bazı anneler, bol miktardaki süt sızıntısını

görmeden laktasyonlarının farkında olamamaktadır (58).

2.3. Emzirmeye Başlatmada ve Devam Ettirmede Aile Hekimliğinin  nemi

Emzirmenin devamlılığı; doğum öncesi ve sonrası bakımla, emzirme tekniği konusunda anneye teke tek eğitim verilmesi ile annenin motivasyonu ve doğumdan sonra karşılaştığı zorluklara  are bulunması ile sağlanabilir. Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi için, aile hekimliği sistemi anne ve bebeğin ilk ulaşacağı sağlık sistemi olma yönünden çok önemlidir. Doğum  ncesi, doğum sırası ve doğumdan sonra anne ve aileyle sürekli irtibat halinde olmak, eğitimler planlamak, emzirme ve bebek gelişimini izlemek, oluşabilecek sorunlarla ilgili çözümler üretmek, aile hekimliği sisteminin temel görevlerindendir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırmamız Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ve Askeri Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda normal doğum ve sezaryen doğum yapan, gönüllü kadınlar üzerinde yapılmıştır. Gönüllülere, sosyodemografik özellikleri de içeren 29 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır.

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmamızda, doğum şeklinin (sezaryen doğum, normal doğum) emzirmeye başlama zamanı ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın verileri Nisan 2012 – Nisan 2014 tarihleri arasında GATA Askeri Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde normal veya sezaryen doğum yapmış olanlar oluşturmuştur.Araştırmanın örneklemi ise; Nisan 2012 – Nisan 2014 tarihleri arasında GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, normal spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum ile canlı, miadında,normal doğum ağırlıklı, sağlıklı bebek dünyaya getiren,18 yaş ve üzerindeki ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, toplam 253 kadın katılımcı oluşturmuştur.

Çalışmaya Dâhil Olma Kriterleri

1. 18 yaş üstü normal doğum yapmış gönüllü bireyler
2. Canlı, miadında, normal doğum ağırlıklı, sağlıklı doğum yapmış olmak
3. 18 yaş üstü sezaryen doğum yapmış gönüllü bireyler
4. Kognitif ve bilişsel fonksiyonlarının yerinde olması

Çalışmaya Dâhil Olmama Kriterleri

1. 18 yaş altında anne olma
2. Prematüre doğum
3. İkiz doğum
4. Ölü doğum
5. Konjenital anomali varlığı

3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili kaynaklar incelenerek hazırlanmış, 29 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

Anket Formu: Araştırmacı tarafından ilgili kaynaklar incelenerek hazırlanmış anket formu; hastaların tanıtıcı özelliklerini, genel tıbbi durumlarını, doğum şekillerini ve ilk emzirme zamanlarını ve ilk emzirme zamanını etkileyen diğer faktörlerin varlığını belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

253 gönüllü bireyden elde edilen veriler, SPSS for Windows 15 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

Gönüllülerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemede yüzde ve sayı, yaş ortalamalarını belirlemede ise ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı.

$P < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

İlk emzirme zamanları, araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluştururken; hastaların sosyodemografik özellikleri, anestezi tipleri ve doğum şekilleri de araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda zgr oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgi verilip, araştırmada bilgilendirilmiş onam koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. İnsan onuruna saygı ilkesi göz önünde bulundurulmuş ve bu doğrultuda araştırmada gizlilik ilkesine uyulmuştur. Çalışma etik onayı, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu'ndan 11.04.2012 tarih ve B.10.4.İSM.4.06.68.49 protokol numarası ile alındı.

4. BULGULAR

Normal doğum yapmış olma ile sezaryen doğum yapmış olmanın emzirmeye başlama zamanı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan toplam 253 kadın katılımcının yaş ortalaması $31,2 \pm 4,7$ idi.

Katılımcıların 174'ü (%68,8) lise ve üstünde eğitim düzeyine sahipti. Vücut kitle indekslerine göre katılımcılar değerlendirildiğinde; 44'ü (%17,3) fazla kilolu ve 9'u (%3,6) obez kategorisindeydi. Ayrıca 148 katılımcı (%58,5) gebelik boyunca, alınması uygun olan en üst kilo sınırından (12,5 kg) daha fazla kilo almıştı. Katılımcıların 19'u (%7,5) gebelikte sigara kullanmıştı. Doğan bebeklerin 134'ü (%53) kızdı. Katılımcıların 128'i (%50,6) primipar idi (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim düzeyi		
Okuryazar olmayan	7	2,8
Okuryazar	12	4,7
İlkokul	34	13,4
Ortaokul	26	10,3
Lise ve Üstü	174	68,8
VKİ (kg/m²) (Gebelik öncesi)		
Normal	200	79,1
Fazla kilolu	44	17,3
Obez	9	3,6
Gebelikte kilo alımı		
≤12,5 kg	105	41,5
>12,5 kg	148	58,5
Sigara		
Kullanan	19	7,5
Kullanmayan	236	92,5
Bebek cinsiyeti		
Kız	134	53
Erkek	119	47
Parite		
Primipar	128	50,6
Multipar	125	49,4

VKİ, Vücut Kitle İndeksi.

Katılımcıların 139'u (%54,9) sezaryen ile doğum yapmıştı (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2:Doğum şekillerine göre katılımcıların dağılımı.

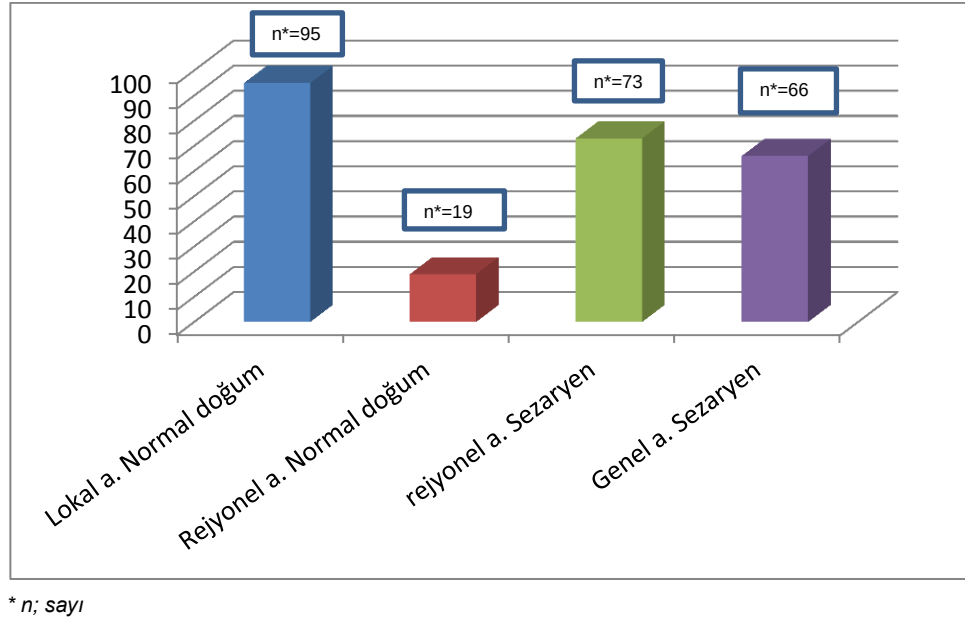
Doğum Şekli	Sayı (n)	Yüzde (%)
Normal doğum	114	45,1
Sezaryen	139	54,9
Toplam	253	100

Anestezi tipi ve doğum şekillerine göre katılımcıları incelediğimizde; en sık gerçekleştirilen 95 katılımcının(%37,5) yaptığı lokal anestezili normal doğumdu. En nadir gerçekleştirilen ise; 19 katılımcının(%7,6) yaptığı rejyonel anestezili normal doğumdu. Genel anestezili sezaryen doğum ise 66 katılımcı (%26,1) tarafından gerçekleştirilmişti (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3:Anestezi tipi ve doğum şekillerine göre katılımcıların dağılımı.

Doğum Şekli	Anestezi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Normal	Lokal	95	37,5
	Rejyonel*	19	7,6
Sezaryen	Rejyonel*	73	28,8
	Genel	66	26,1
Toplam		253	100

* *Spinal veya epidural*



Şekil 4.1: Anestezi tipi ve doğum şekillerine göre katılımcıların dağılımı.

Anket uygulanan 253 katılımcıdan 224'ünde (%88,5) herhangi bir kronik hastalık bulunmazken, 13'ünde (%5,1) hipotiroidi, 3'ünde (%1,2) diabetes mellitus, 2'sinde (%0,8) hipertansiyon ve 3'ünde (%1,2) anemi bulunmaktaydı (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4:Gebelerde görülen kronik hastalıkların dağılımı.

Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	224	88,5
Diabetes mellitus	3	1,2
Hipertansiyon	2	0,8
Hipotiroidi	13	5,1
Ailevi akdeniz ateşi	1	0,4
Romatoid artrit	1	0,4
Anemi	3	1,2
Astım	2	0,8
Kalp hastalığı	2	0,8
Epilepsi	1	0,4
Trombofili	1	0,4
Toplam	253	100

Katılımcıların 9'unda (%3,5) gestasyonel hipertansiyon ve 18'inde (%7,1) gestasyonel diyabet ortaya çıkmıştı (Tablo 4.5).

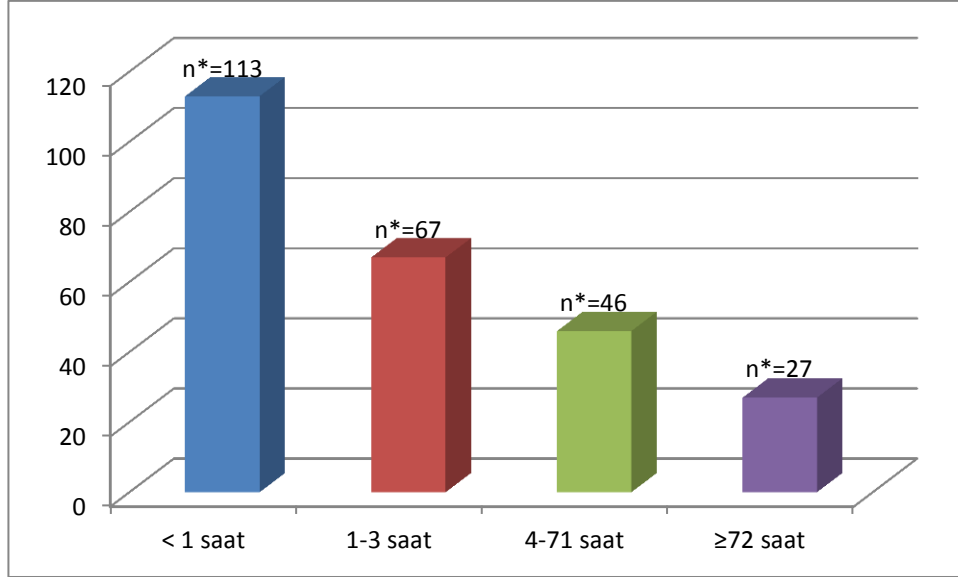
Tablo 4. 5:Gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların dağılımı.

Gebeliğe Bağlı Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	226	89,4
Gestasyonel hipertansiyon	9	3,5
Gestasyonel diyabet	18	7,1
Toplam	253	100

113 katılımcı (%44,7) doğumdan sonra erken dönemde (<1 saat) emzirmeye başlarken, 27 katılımcı (%10,7) ise emzirmeye ≥72 saatte başladı (Tablo 4.6, Şekil4.2).

Tablo 4. 6:Doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanlarının dağılımı.

Emzirmeye Başlama	Sayı (n)	Yüzde (%)
< 1 saat	113	44,7
1-3 saat	67	26,5
4-71 saat	46	18,2
≥72 saat	27	10,7
Toplam	253	100



* n; sayı

Şekil 4.2: Doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanlarına göre katılımcıların dağılımı.

Bebeklere anne sütü verilmesinde en sık yöntem 212 katılımcı ile (%83,8) meme vererek emzirme idi(Tablo 4.7).

Tablo 4. 7:Bebeklere anne sütü verme yöntemlerine göre katılımcıların dağılımı.

Yöntem	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meme vererek	212	83,8
Sağarak biberonla	22	8,7
Hem emzirme hem sağarak biberon	19	7,5
Toplam	253	100

Katılımcıların 69'u (%27,3), bebeklerine anne sütünden önce mama verdi (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8:Doğumdan sonra bebeğe verilen ilk besin.

İlk Besin	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anne sütü	184	72,7
Mama	69	27,3
Toplam	253	100

Katılımcıların 110'unda (%43,5) emzirmeye başlamada herhangi bir belirti görülmezken, en sık görülen belirtiler 69 katılımcıda (%27,2) görülen süt sızıntısı ve 46 katılımcıda görülen (%18,2) memede şişlikti (Tablo4.9).

Tablo 4. 9:Emzirmeye başlamadan önce görülen belirtilerin dağılımı.

Belirti	Sayı (n)	Yüzde (%)
Belirti yok	110	43,5
Memede şişlik	46	18,2
Memede sertlik	6	2,4
Süt sızıntısı	69	27,2
Memede doluluk	17	6,7
Memede ağrı	5	2
Toplam	253	100

Emzirme ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için sorulan sorulara bakıldığında, en çok doğru yanıtlanan sorular; 222 katılımcının (%87,7) doğru yanıtladığı “Anne sütü bebeğin bağışıklığını güçlendirir mi” sorusu ve 208 katılımcının (%82,2) doğru yanıtladığı “İlk 6 ay sadece anne sütü yeterli midir” sorusuydu. En az doğru yanıtlanan soru ise; 122 katılımcının (%48,2) doğru yanıtladığı “Anne sütü kabızlık veya ishal yapar mı” sorusu idi (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10:Katılımcıların emzirme ile ilgili bilgi düzeyleri.

Soru	Doğru Yanıt n(%)	Yanlış Yanıt n(%)	Toplam n(%)
Anne sütü bebeğin bağışıklığını güçlendirir.	222(87,7)	31(12,3)	253(100)
İlk 6 ay sadece anne sütü yeterlidir.	208(82,2)	45(17,8)	253(100)
Kolostrum(ilk süt) bebeğe faydalıdır.	199(78,7)	54(21,3)	253(100)
Anne sütü kabızlık ve ishal yapmaz.	122(48,2)	131(51,8)	253(100)
Ek gıdalara altıncı aydan sonra başlanmalıdır.	174(68,8)	79(31,2)	253(100)
İlk 6 ay yalnız anne sütü alan bebeğe su verilmez.	137(54,2)	116(45,8)	253(100)

n;sayı, %; yüzde.

Normal doğum yapan katılımcılardan sadece 1'inin (%0,9) bebeği tıbbi nedenlerle kendisinden ayrı iken, sezaryen doğum yapan katılımcılardan 46'sının (%33,1) bebeği tıbbi nedenlerle kendisinden ayrı idi (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11:Doğum şekline göre, bebeklerin katılımcıların yanında olma durumları.

	Yanında n(%)	Ayrı n (%)	Toplam n (%)
Normal doğum	113(99,1)	1(0,9)	114(100)
Sezaryen doğum	93(66,9)	46(33,1)	139(100)

n;sayı, %; yüzde.

Emzirmeyi etkileyen diğer faktörlere baktığımızda, 172 gebeliğin (%68) planlı olduğu ve 14 katılımcının (%5,5) doğum sonrası refakatçisi olmadığı görüldü. Katılımcılara en sık refakatçi kalanın, 116 katılımcıyla (%45,8) anneleri olduğu tespit edildi. 115 katılımcının (%45,5) daha önceki çocuklarını da emzirdiği ve doğan bebeğin 128 katılımcının (%50,6) ilk çocuğu olduğu belirlendi (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12:Emzirmeyi etkileyen diğer faktörlere göre katılımcıların dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Planlı bir gebelik mi?		
Evet	172	68
Hayır	81	32
Refakatçi kim?		
Yok	14	5,5
Eş	77	30,4
Anne	116	45,8
Kızkardeş	16	6,3
Kayınvalide	23	9,1
Diğer(komşu, arkadaş)	7	2,8
Daha önceki çocuklar emzirilmiş mi?		
Evet	115	45,5
Hayır	10	3,9
Daha önce çocuk yok	128	50,6

n; sayı, %; yüzde.

Normal doğum yapan katılımcıların 82'si(%71,9) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, sezaryen doğum yapan katılımcıların 31'i (%22,3) bebeğini erken dönemde emzirdi. Normal doğum yapanların,erken dönemde emzirme oranlarının, sezaryen doğum yapanlara göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$, Tablo 4.13).

Tablo 4. 13:Doğum şekli ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Normal doğum	82(71,9)	32(28,1)	114(100)	<0,001
Sezaryen	31(22,3)	108(77,7)	139(100)	

n;sayı.

*%; satır yüzdesi.

Doğum esnasında lokal anestezi alan katılımcılardan 66'sı (%69,5) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, genel anestezi alan katılımcılardan 4'ü (%6,1) ve rejonel (spinal/epidural) anestezi alan katılımcılardan 43'ü (%46,7) bebeğini erken dönemde emzirdi. Bu üç grup

arasında, emzirmeye başlama zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Bu fark, her üç gruptan da kaynaklanmaktadır. Yapılan ileri ikili karşılaştırmalarda; lokal anestezi alan grubun, erken dönemde emzirme oranlarının, genel anestezi alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$). Ayrıca lokal anestezi alan grubun, erken dönemde emzirme oranlarının, reilyonel anestezi alan gruba göre de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,002$). Reilyonel anestezi alan grubun, erken dönemde emzirme oranlarının da genel anestezi alan gruba göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$, Tablo 4.14).

Tablo 4. 14:Anestezi tipi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Lokal	66(69,5)	29(30,5)	95(100)	
Genel	4(6,1)	62(93,9)	66(100)	
Reilyonel	43(46,7)	49(53,3)	92(100)	

n;Sayı.

*%;sattır yüzdesi.

**Fark, lokal anestezi alan grup-genel anestezi alan grup, lokal anestezi alan grup-reilyonel anestezi alan grup ve reilyonel anestezi alan grup-genel anestezi alan grup karşılaştırmalarından kaynaklanmıştır.

Lokal anestezili normal doğum yapan katılımcılardan 66'sı (%69,5) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, reilyonel anestezili normal doğum yapanların 16'sı (%84,2), genel anestezili sezaryen yapan katılımcıların 4'ü (%6,1) ve reilyonel anestezili sezaryen yapan katılımcıların 27'si (%37) bebeğini erken dönemde emzirdi. Emzirmeye başlama zamanları açısından gruplar arası fark, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptandı ($p<0,001$). Lokal anestezili normal doğumda erken emzirme oranları, genel anestezili sezaryen ($p<0,001$) ve reilyonel anestezili sezaryene ($p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Reilyonel anestezili normal doğumda erken emzirme oranları, genel anestezili sezaryen

($p<0,001$) ve reyonel anestezi sezaryene ($p<0,001$) göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Reyonel anestezi sezaryende erken emzirme oranları, genel anestezi sezaryene göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu($p<0,001$, Tablo 4.15).

Tablo 4. 15:Doğum şekli ve anestezi tipi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

		<1 saat n (%)*	≥1saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Normal	Lokal	66(69,5)	29(30,5)	95(100)	<0,001**
	Reyonel	16(84,2)	3(15,8)	19(100)	
Sezaryen	Genel	4(6,1)	62(93,9)	66(100)	
	Reyonel	27(37)	46(63)	73(100)	

n; sayı.

*%; satır yüzdesi.

** * Fark, lokal anestezi normal doğum-genel anestezi sezaryen, lokal anestezi normal doğum-reyonel anestezi sezaryen, reyonel anestezi normal doğum-genel anestezi sezaryen, reyonel anestezi normal doğum-reyonel sezaryen, genel anestezi sezaryen -reyonel anestezi sezaryen karşılaştırmalarından kaynaklanmıştır.

Doğumdan sonra bebeği yanında olan katılımcıların 108'i (%52,4) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, bebeği yanında olmayan katılımcıların sadece 5'i (%10,6) bebeğini erken dönemde emzirebildi. Doğumdan sonra, bebeği yanında olan katılımcıların,bebeğini erken dönemde emzirme oranları, bebeği yanında olmayan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde($p<0,001$) yüksek bulundu(Tablo 4.16).

Tablo 4. 16:Bebeğin doğum sonrası katılımcının yanında olma durumu ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Yanında	108(52,4)	98(47,6)	206(100)	<0,001
Ayrı	5(10,6)	42(89,4)	47(100)	

n;Sayı.

*%; satır yüzdesi.

Normal doğum yapıp bebeği yanında olan katılımcıların 81'i (%71,7), bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, sezaryen doğum yapıp bebeği yanında olan katılımcıların sadece 27'si (%29) bebeğini erken dönemde emzirmiştir. Emzirmeye başlama zamanları açısından, gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Normal doğum, bebek katılımcının yanında grubunda erken emzirme oranları, sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında grubundan, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Yine normal doğum, bebek katılımcının yanında grubunda erken emzirme oranları, sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında değil grubundan, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Ayrıca sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında grubunda erken emzirme oranları, sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında değil grubundan da, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,007$) (Tablo 4.17).

Tablo 4. 17: Doğum şekli ve bebeğin katılımcının yanında olması ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

		<1 saat n (%)*	≥1saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Normal	Yanında	81(71,7)	32(28,3)	113(100)	<0,001**
	Ayrı	1(100)	0	1(100)	
Sezaryen	Yanında	27(29)	66(71)	93(100)	
	Ayrı	4(8,7)	42(91,3)	46(100)	

n;sayı.

*%; Satır yüzdesi.

**Fark, normal doğum, bebek katılımcının yanında grubu-sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında grubu ($p<0,001$); normal doğum, bebek katılımcının yanında grubu-sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında değil grubu ($p<0,001$) ve sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında grubu-sezaryen doğum, bebek katılımcının yanında değil grubu ($p=0,007$) karşılaştırmalarından kaynaklanmıştır.

Katılımcılardan, bebeği ilk çocuğu olanların 49'u (%38,3) erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, ikinci veya daha fazla

çocuğu olanların 64'ü (%51,2) erken dönemde emzirdi. Bebeği, ilk çocuk olanların, erken dönemde emzirme oranları, ilk çocuk olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,039$) (Tablo 4.18).

Tablo 4. 18: Parite ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Primipar	49(38,3)	79(61,7)	128(100)	0,039
Multipar	64(51,2)	61(48,8)	125(100)	

n; sayı.

*%; Satır yüzdesi.

Bebeğini besleme yöntemi olarak meme veren katılımcılardan 109'u (%51,4) erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, sağıarak biberonla besleyen katılımcılardan 2'si (%9,1) ve hem meme veren hem de sağıarak biberon veren katılımcılardan 2'si (%10,5) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirebilmişti. Bu üç grup arasında, emzirmeye başlama zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). Yapılan ileri ikili analizlerde bu farkın; meme veren grubun, erken dönemde emzirme oranlarının sağıarak biberon veren gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından($p<0,001$) ve meme veren grubun, erken dönemde emzirme oranlarının hem meme veren hem de sağıarak biberon veren gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p=0,001$) olmasından kaynaklandığı görüldü(Tablo 4.19).

Tablo 4. 19:Emzirme yöntemi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Meme vererek	109(51,4)	103(48,6)	212(100)	
Sağarak biberonla	2(9,1)	20(90,9)	22(100)	<0,001**
Hem meme hem de sağarak biberonla	2(10,5)	17(89,5)	19(100)	

n; sayı.

*%; Satır yüzdesi.

**Fark, meme veren grup-sağarak biberon veren grup ve meme veren grup-hem meme veren hem de sağarak biberon veren grup karşılaştırmalarından kaynaklanmıştır.

Normal doğum yapmış, meme veren katılımcıların 80'i (%73,4) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirebilirken, sezaryen doğum yapmış, meme veren katılımcılardan 29'u (%28,2) bebeğini erken dönemde emzirebildi. Gruplar arasında, emzirmeye başlama zamanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi ($p<0,001$). Normal doğum meme veren grubun erken emzirme oranları, sezaryen meme veren gruba göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Normal doğum meme veren grubun erken emzirme oranları, sezaryen doğum sağarak biberonla besleme grubuna göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Normal doğum meme veren grubun, erken emzirme oranları, sezaryen doğum hem meme hem de sağarak biberon veren gruba göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Normal doğum hem meme hem de sağarak biberon veren grubun erken emzirme oranları, sezaryen doğum hem meme hem de sağarak biberon veren gruba göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,035$). Sezaryen doğum meme veren grubun erken emzirme oranları, sezaryen doğum hem meme hem de sağarak biberon veren gruba göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,021$) (Tablo 4.20).

Tablo 4. 20:Doğum şekli ve emzirme yöntemi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

		<1 saat n (%)*	≥1saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Normal	Meme	80(73,4)	29(26,6)	109(100)	<0,001
	Sağarak biberon	0	1(100)	1(100)	
	Hem meme hem sağarak biberon	2(50)	2(50)	4(100)	
Sezaryen	Meme	29(28,2)	74(71,8)	103(100)	
	Sağarak biberon	2(9,5)	19(90,5)	21(100)	
	Hem meme hem sağarak biberon	0	15(100)	15(100)	

n; sayı.

*%; Satır yüzdesi.

****Fark;** normal doğum meme verme-sezaryen doğum meme verme ($p<0,001$), normal doğum meme verme-sezaryen doğum sağarak biberonla belseme ($p<0,001$), normal doğum meme verme-sezaryen doğum hem meme verme hem sağma ($p<0,001$), normal doğum hem meme hem sağma-sezaryen doğum hem meme hem sağma ($p=0,035$) ve sezaryen doğum meme verme-sezaryen doğum hem meme verme hem sağma ($p=0,021$) gruplarının karşılaştırılmasından kaynaklanmaktadır.

Okuryazar olmayanların 1'i (%14,3), okuryazar olanların 8'i (%66,7), ilkokul mezunlarının 12'si (%35,3), ortaokul mezunlarının 12 (%46,2), lise ve üstü mezunların 80'i (%46) bebeğini erken dönemde(doğumdan sonra <1 saat) emzirdi. Katılımcıların eğitim düzeyleri arasında, emzirmeye başlama zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p=0,533$, Tablo 4.21).

Tablo 4. 21:Katılımcıların eğitim düzeyi ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam N(%)*	p
Okuryazar değil	1(14,3)	6(85,7)	7(100)	0,177
Okuryazar	8(66,7)	4(33,3)	12(100)	
İlkokul	12(35,3)	22(64,7)	34(100)	
Ortaokul	12(46,2)	14(53,8)	26(100)	
Lise ve üstü	80(46)	94(54)	174(100)	

n; sayı.

*%; Satır yüzdesi.

Katılımcıların erken emzirme ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için sorulan “İlk süt bebeğe faydalı mıdır?” sorusunu doğru yanıtlayanların 86’sı(%43,2) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, yanlış cevaplayanların 27’si (%50)bebeğini erken dönemde(doğumdan sonra <1 saat) emzirdi. Soruyu doğru yanıtlama ile yanlış yanıtlama arasında emzirmeye başlama zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,374, Tablo 4.22).

Tablo 4. 22:“İlk süt bebeğe faydalı mıdır?” sorusunu doğru yanıtlama ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Doğru cevaplayan	86(43,2)	113(56,8)	199(100)	0,374
Yanlış cevaplayan	27(50)	27(50)	54(100)	

n; sayı.

*%; Satır yüzdesi.

Refakatçisi olmayan katılımcıların 6’sı (%42,9) bebeğini erken dönemde(doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, refakatçisi olan katılımcıların 107’si(%44,8) bebeğini erken dönemde(doğumdan sonra <1 saat) emzirdi. Doğum sonrası katılımcının yanında refakatçi olması ve olmaması arasında, emzirmeye başlama zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı(p=0,889, Tablo 4.23).

Tablo 4. 23:Doğum sonrası katılımcının yanında refakatçi bulunma durumu ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Yok	6(42,9)	8(57,1)	14(100)	0,889
Var	107(44,8)	132(55,2)	239(100)	

n; sayı.

*%; Satır yüzdesi.

Emzirmeye başlamada belirtisi olmayan katılımcılardan 51'i (%46,4) bebeğini erken dönemde(doğumdan sonra <1 saat) emzirirken, emzirmeye başlamada belirtisi olan katılımcılardan 62'si (%43,4) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) emzirdi. Emzirmeye başlamada belirti olması ile olmaması arasında, emzirmeye başlama zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı(p=0,633, Tablo 4.24).

Tablo 4. 24:Emzirmeye başlamada belirti varlığı ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1 saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Belirti yok	51(46,4)	59(53,6)	110(100)	0,633
Belirti var	62(43,4)	81(56,6)	143(100)	

n; Sayı.

*%; Satır yüzdesi.

Gebeliği planlı olan katılımcıların 81'i (%47,1) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra < 1 saat) emzirirken, gebeliği planlı olmayan katılımcıların 32'si (%39,5) bebeğini erken dönemde emzirdi. Aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (p=0,257, Tablo 4.25).

Tablo 4. 25:Gebeliğin planlı olması ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Planlı	81(47,1)	91(52,9)	172(100)	0,257
Planlı Değil	32(39,5)	49(60,5)	81(100)	

n; Sayı.

*%; Satır yüzdesi.

Sigara içen katılımcıların 9'u (%52,9) bebeğini erken dönemde (doğumdan sonra < 1 saat) emzirirken, sigara içmeyen katılımcıların 104'ü

(%44,1) bebeğini erken dönemde emzirdi. Aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p=0,477$, Tablo 4.26).

Tablo 4.26: Sigara içme ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Sigara İçen	9(52,9)	8(47,1)	17(100)	
Sigara İçmeyen	104(44,1)	132(55,9)	236(100)	0,477

n; sayı.

*%; Satır yüzdesi.

Bebeğine hazır mama veren katılımcılardan sadece 2'si (%2,9) erken (<1 saat) emzirebilirken, anne sütü verenlerden 111'i (%60,3) erken emzirebilmişti. Aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu ($p<0,001$, Tablo 4.25).

Tablo 4. 27: Bebeğin ilk besini ile emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması.

	<1 saat n (%)*	≥1saat n (%)*	Toplam n (%)*	p
Anne sütü	111(60,3)	73(39,7)	184(100)	
Hazır mama	2(2,9)	67(97,1)	69(100)	<0,001

n; Sayı.

*%; Satır yüzdesi.

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda, doğumdan sonra erken dönemde (<1 saat) emzirme oranı %44,7 olarak bulundu. Bu oran, DSÖ sınıflamasında “Orta” kategorisinde yer almaktaydı ve ülkemizin TNSA 2008 verilerinde saptanan %39'luk oranıyla yer aldığı “Orta” kategorisi ile uyumluydu (6). Feray Çetin ve ark.'nın yaptığı çalışmada, doğumdan sonra erken dönemde (<1 saat) emzirme oranları %56,1 olarak bulunmuştur (59). Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise erken emzirme oranı %65,5 olarak bulunmuştur (60).

Sezaryen doğumun emzirmeye erken başlama oranlarını düşürdüğü, bilinen bir gerçektir. Yaptığımız çalışmada normal doğum yapanların bebeğini erken dönemde (<1 saat) %71,9 oranında emzirirken, sezaryen doğum yapanların %22,3 oranında emzirdiğini gördük. Feray Çetin ve ark.'nın yaptığı çalışmada, erken emzirme (< 1 saat) normal doğumda %82,9, sezaryen doğumda %37,9 olarak bulundu (59). Brezilya'da yapılan bir çalışmada da erken emzirme oranları; normal doğumda %65,8 ve sezaryen doğumda %23,4 olarak bulundu (61). Celia Regina Vianna Rossi Pereira ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise erken emzirme oranları; sezaryen doğumda %27,9, normal doğumda %52,5 olarak bulunmuştur (62). CR Banapurmath ve ark.'nın yaptığı çalışmada, erken emzirme oranları; normal doğumda %66,3 ve sezaryen doğumda %64,1 olarak bulunmuştur (60). Cristiano Siqueira Boccolini ve ark.'nın yaptığı (Brezilya) çalışmada erken emzirme oranları sezaryen doğumda %5,5 ve normal doğumda %26,4' tür (63). Emzirmeye ilgili yapılan 42 çalışmanın meta-analizinde; sezaryenden sonra, erken emzirme oranlarının normal doğuma göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir (64).

Aynı meta-analizde; 6.ayda sadece anne sütü verme veya başka besinlerle beraber anne sütü verme oranlarının da sezaryen doğumda daha düşük olduğu, fakat sezaryen doğumda erken emzirmenin sağlanabildiği durumlarda, bu oranlarda sezaryen ve normal doğum arasında fark olmadığı bulundu (64). Bu durum da bize, erken emzirmeye başlamanın önemini vurgulamaktadır. Sezaryen doğumda erken emzirmeyi sağlayabilmek için

yapılması gerekenlerden biri de erken emzirmenin önündeki diğer engelleri bilmek ve bunlara karşı tedbir almaktır.

Sezaryen doğumdaki temel problemlerden biri, bebeğin tıbbi nedenlerden ötürü anne ile aynı odada olamamasıdır. Çalışmamızda, normal doğum yapanların %99,1'i bebeği ile aynı odadayken, sezaryen doğum yapanların %66,9'u bebeği ile aynı odada idi. Çalışmamızda, bebeği ile aynı odada olan katılımcıların %52,4'ü bebeğini erken dönemde emzirirken, ayrı olanların ancak %10,6'sı bebeğini erken dönemde emzirebildi. Marry Ellen Thomson ve ark.'nın çalışmasında bebeği yanında olan katılımcıların %86,6'sının bebeğini erken dönemde emzirdiği saptanmıştır(65). Yuko Nakao ve ark.'nın yaptığı çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak, anne yanındaki bebeklerin %50'sinin erken dönemde (<30 dk) emzirildiği tespit edilmiştir (66).

Erken emzirmeyi etkileyen diğer faktörlerden birisi de primiparitedir. Çalışmamızda erken dönemde emzirme oranları primiparlarda %38,3, multiparlarda %51,2 olarak bulundu. Regina Vianna Rossi Pereira ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu oranlar benzer olarak, primiparlarda %38, multiparlarda %46,9 olarak bulundu (62). Ancak 2012 yılında yapılan meta-analizide; multiparlarla primiparlar arasında erken emzirme oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediği saptandı.

Bebeğin, planlı bir gebelik sonucu dünyaya gelmesi de annede olumlu emzirme çabasına neden olur. Çalışmamızda; gebeliği planlı olan katılımcıların %47,1'i bebeğini erken dönemde emzirmiştir. Celia Regina Vianna Rossi Pereira ve ark.'nın yaptığı çalışmada planlı gebeliklerde emzirme oranı; %44,7 olarak bulunmuştur ve sonuç olarak çalışmamızla uyumluydu (62).

Gebelikteki sigara içmek, bebek sağlığına pek çok zararı olan bir davranıştır. Çalışmamızda, gebelikte sigara içme oranları %7,5 olarak bulundu. Cristiano Siqueira Boccolini ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu oran %12,6 idi. Çalışmamızda bu oranın literatüre göre düşük olarak tespit edilmesinin nedeni, ülkeler arası sosyokültürel farklılıklar olabilir. Çalışmamızda, gebeliğinde sigara içenlerin erken emzirme (doğumdan sonra < 1 saat) oranları %52,9 ve içmeyenlerin erken emzirme oranları %44,1 olarak

bulundu. Cristiano Siqueira Boccolini ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebeliğinde sigara içenlerin erken emzirme oranları %22,1 ve içmeyenlerin erken emzirme oranları %15,3 olarak bulunmuştur (63). Sigara içenlerde, erken emzirme oranlarının daha yüksek bulunmasında, sağlık personelinin sigara nedeniyle oluşabilecek emzirme problemlerini göz önüne alarak, daha yoğun emzirme desteği vermesinin katkısı olabilir.

Gebelikte, sigara kullanımı gibi sorun yaratabilecek durumlardan biri de önerilenden daha fazla kilo almaktır. Gebelikte, morbid obezlerin (önerilen kilo artışı $\leq 6,5$ kg) dışındaki grupların en fazla 12,5 kg alması önerilmektedir. Gebeliğe başlangıç VKİ normal olsa bile, önerilenden fazla kilo almanın gestasyonel hipertansiyon, uzamış doğum eylemi ve iri bebek dünyaya getirmeyi indüklediği bilinmektedir (67). Çalışmamızda, gebelik öncesi VKİ değerlerine göre; %17,3 fazla kilolu ve %3,6 obez katılımcı bulunmasına rağmen, gebelik boyunca katılımcıların %58,5' i önerilen kilodan ($\leq 12,5$ kg) fazla kilo almıştı. Crane JM ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %52,3'ü önerilen kilodan fazla kilo almıştı (67). Bu bulgular da bize, rutin gebelik takiplerinde kilo takibine daha fazla dikkat edilerek erken dönemde gerekli tedbirleri almanın önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, katılımcıların %72,7'si bebeklerine ilk besin olarak anne sütü verdiğini tespit ettik. Aygül Akyüz ve ark.'nın yaptığı çalışmada ilk besin olarak anne sütü verme oranı bizim çalışmamıza benzer olarak %79,2 idi (68). Çalışmamızda bebeğine ilk besin olarak hazır mama verilen katılımcıların ancak %2,9'u erken emzirebilirken, Emel Örün ve ark.'nın yaptığı çalışmada da; bebeğinin ilk besini hazır mama olan katılımcıların %37,5'i erken emzirebildi (69). Emel Örün ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu oranın, çalışmamızdan daha yüksek bulunmasının nedeni; kendilerinin, 2 saat ve altındaki süreyi erken emzirme olarak nitelendirmesi nedeniyle olabilir.

Yapılan çalışmalar, erken emzirmedi eğitim düzeylerinin de etkili olduğunu göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde eğitim düzeyi yükseldikçe, erken emzirme oranları artarken, gelişmekte olan ülkelerde eğitim düzeyi yükseldikçe erken emzirme oranları düşmektedir. Çalışmamızda, okuryazar olmayanların %14,3'ü, ilkokul mezunlarının %43,4'ü, ortaokul mezunlarının

%46,2'si, lise ve üstü eğitilmişlerin % 45,9'u erken dönemde (doğumdan sonra <1 saat) bebeğini emzirmiştir. Feray Çetin ve ark.'nın yaptığı çalışmada okuryazar olmayanların %81,3'ü, ilkökul mezunlarının %63,8'i, ortaokul mezunlarının %36,4'ü ve lise ve üstü eğitilmişlerin %33,3'ü doğumdan sonra erken dönemde (<1 saat) bebeğini emzirmiştir (59). TNSA 2003 verilerinde ise, eğitimi olmayan annelerin %39,1'i ve lise ve üzeri eğitilmişlerin %60,8'i doğumdan sonra erken dönemde emzirmiştir (5). Çalışmamızda, okuryazar olmayanlarda erken emzirme oranlarının düşük olmasını okuryazar olmayan örneklem sayısının azlığı nedeniyle evrenini tam olarak yansıtmamasına bağlayabiliriz. TNSA 2003 verilerine göre, çalışmamızda lise ve üstü eğitilmişlerin erken emzirme oranlarının düşüklüğünü ise, erken emzirmede, TNSA2008' de tespit edilen ülke çapındaki genel düşüşle açıklayabiliriz.

Katılımcıların emzirme ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak için sorulan sorulardan 'İlk süt bebeğe faydalı mıdır?' sorusuna doğru cevap veren katılımcıların oranı %78,7, bu soruyu doğru cevaplayanların erken emzirme oranı %43,2'dir. Fatma Bayram'ın çalışmasında bu soruya doğru yanıt verme oranı %97,6 bulunmuştur (70). Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılan çalışmada, katılımcıların %88'i aynı soruya doğru yanıt vermişlerdir (71). Bu sonuçlardan, katılımcılarımızın doğum sonunda verilen bilgileri henüz tam olarak kavrayıp davranışa geçiremediği kanaatine varmaktayız. Çalışmamızda; "Anne sütü bebeğin bağışıklığını güçlendirir mi?" sorusuna katılımcıların %87,7'si doğru cevap verdi. Fatma Bayram'ın çalışmasında bu soruya doğru yanıt verme oranı %99,5 bulunmuştur (70). Çalışmamızda; "Anne sütü ishal veya kabızlık yapar mı?" sorusuna katılımcıların %48,2'si doğru cevap verdi. Sevil ve ark.'nın çalışmasında bu oran %93 bulunmuştur (72). Fatma Bayram'ın çalışmasında bu soruya doğru yanıt verme oranı %93,3 bulunmuştur (70). Bilgi düzeyleri ile ilgili sorulan sorulara verilen cevapların oranı, pratik emzirme eğitiminin yanı sıra teorik bilgilendirmeye de ağırlık vermemiz gerektiğini gösterdi.

Erken emzirmeyi etkileyen faktörlerden biri de doğumda alınan anestezidir. Çalışmamızda; lokal anestezili normal doğum yapan katılımcılardan %69,5'i bebeğini erken dönemde emzirmeye başlarken,

rejyonel anestezi normal doğum yapanların %84,2'si, rejyonel anestezi sezaryen yapan katılımcıların %37'si ve genel anestezi sezaryen yapan katılımcıların %6,1'i bebeğini erken dönemde emzirdiği tespit edilmiştir. Jennifer N. Lind ve ark.'nın yaptığı çalışmada emzirmeye başlama oranları; rejyonel anestezi normal doğumda %37,7, rejyonel sezaryende %20,2, genel anestezi sezaryende %6,6 olarak saptanmıştır(73). Merlinda Alus Tokat ve ark'ın yapmış olduğu çalışmada ise, erken emzirmede; vajinal doğum, rejyonel anestezi sezaryen doğum ve genel anestezi sezaryen doğum arasında, istatistiksel olarak önem arz eden fark saptanmamıştır (74). Hem çalışmamızda, hem de Jennifer N. Lind ve ark'nın yaptığı çalışmada genel anestezi sezaryendeki oranların düşüklüğü, genel anestezinin de erken emzirmede bir engel teşkil ettiğini göstermektedir.

Görüldüğü gibi, emzirmeye başlama zamanlarını etkileyen pek çok faktör vardır. Sezaryen doğum da bunların başlıcalarındandır. TNSA 2008 verilerinde erken emzirmeye başlama oranlarının, eski verilere göre giderek düştüğü görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri, teknolojinin gelişimi ile günümüz tıbbının yeni modern konulara odaklanması sonucu geleneksel konuların son dönemde gölgede kalması olabilir. Çalışmamız, geleneksel bir konu olan, ancak gelecekte dahi, insan sağlığına olan katkılarından ötürü önemini yitirmeyecek olan erken emzirmenin öneminin hatırlatılmasında ve engelleyici faktörlerin ortaya koyularak ortadan kaldırılması için gerekli tedbirlerin alınmasında yol gösterici olma özelliği ile önemlidir. Çalışmamız, gebelerde sigara kullanımını hatırlatması, hamilelikten önceki obezitenin ve gebelikte normalin üstünde kilo alımının azımsanamayacak oranlardaki yüksekliğine dikkat çekmesi, sezaryen doğumlarda, tıbbi nedenlerle anneden ayrı olma oranlarının normal doğuma göre yüksekliğini ve bunun erken emzirmeye olan etkisini vurgulaması ve doğum tipinin anesteziyle beraber ilk 1 saatte emzirmeye etkilerini inceleyen nadir çalışmalardan biri olması yönünden değerlidir.

Katılımcıların, sadece hastanemizde doğum yapmış gebelerden seçilmesi nedeniyle sonuçların, ülkemizin mozaik sosyokültürel yapısını yansıtmaması ve katılımcıların sadece hastanede yattığı dönemde emzirme

verilerini incelememiz nedeniyle, bu verilerin uzun dönemdeki emzirme oranlarına etkisini inceleyememiş olmamız çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Sezaryen doğuma daha fazla başvurulmuş ve emzirme problemlerinin daha fazla yaşandığı prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebeklerdeki erken emzirme pratiklerine çalışmamızda yer verilmemiş olup, konuya daha genel bir bakış sağlamak açısından bu gruplarla benzer konuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızın örneklem büyüklüğünden ötürü, kronik hastalıklar az sayıda katılımcıda tespit edildi. Bu nedenle, erken emzirmeye olan etkileri, çalışmamızda incelenmedi. Konu ile ilgili, örneklem büyüklüğü daha fazla olan gruplarda ileri çalışmalar yapılmasında fayda vardır.

Sonuç olarak, sezaryen doğum yapmış olma, anneye, bebeğe, hastaneye ve sağlık çalışanlarına ait çeşitli nedenlerle erken emzirme için risk faktörü oluşturmaktadır. Tıbbi endikasyonu olmayan sezaryenlerin eğitimle engellenmesi, tıbbi endikasyonu olanların ise, gerçekleştirildikten sonra, annenin doğum sonrası erken emzirme yönünden güçlü bir şekilde desteklenmesi ile istenilen uzun dönem emzirme hedeflerine ulaşılabilecektir. Güçlü bir emzirme desteği, sadece kağıt üzerinde kalmamalı, gerekirse hastanelerde, yurtdışı modellerine benzer daha ameliyathanede ve anne tam ayılmadan bile emzirmeyi sağlayacak sistemler kurulmalı ve bu sistemlerde özveriyle çalışacak, konunun önemine inanmış gönüllü ve istekli sağlık personeli görevlendirilmelidir. Ayrıca, hastaneden çıktıktan sonra da sezaryen doğum yapmış annelere kesintisiz emzirme desteği sunulmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Emzirmeye erken başlama oranı (doğumdan sonra <1 saat) %44,7'dir.
2. Sezaryen doğum yapanların emzirmeye erken başlama oranları, normal doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.
3. Genel anestezi ile sezaryen doğum yapanların emzirmeye erken başlama oranları, normal doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.
4. Normal doğum sonrası, bebeğin katılımcının yanında olma oranları sezaryenden yüksektir. Doğumdan sonra, bebeği yanında olan katılımcıların, bebeğini erken dönemde emzirme oranları, bebeği yanında olmayan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.
5. Bebeğe emzirme öncesi hazır mama vermek, emzirmeye erken başlama oranlarını düşürmektedir.
6. Anneler erken emzirmenin önemini teorik olarak bilseler bile bunu pratiğe istenilen oranlarda geçirmeleri için daha fazla eğitime ihtiyaçları vardır.

Sezaryen doğum sonrası, emzirmeye erken başlamanın önünde normal doğuma göre daha fazla engel bulunduğundan, sezaryen doğum yapmış olan annelere, doğum sonrası normal doğum yapmış olan annelerden daha fazla emzirme desteği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. The United Nations Children's Fund (UNICEF).The State Of The World's Children 2007 , Women and Children The Double Dividend of Gender Equality.New York;2007.
2. Neyzi O., Ertuğrul T., (2002) Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. Pediatri (3. Baskı), Cilt1. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
3. Beasley A, Amir L H, Infant Feding, Poverty And Human Development. Int Breastfeed J 2007; 22:2-14.
4. Özalp İ, Anne Sütü ve Anne Sütü İle Beslenme. İçinde:Oran O,Yurdakök M, editörler. Yenidoğan Bebeklerin Beslenmesi. 1.Baskı; Ankara:1996.s.3-47.
5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;2003.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;2008.
7. Torgus Judy (ed.), (2004) An Easy Guide to Breastfeeding. U.S. Department of Health and Human Services Office on Women's Health, Washington D.C.
8. Arslan P., (2004) Süt Çocuğunun Beslenme Özellikleri. Klinik Çocuk Forumu, Cilt 4,Sayı 1, 1-7.
9. Hurst NM. Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. J Midwifery Womens Health. 2007;52(6):588-594.
10. Taşkın L., (1997) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık,Ankara.
11. Yurdakök K, Yurdakök M, Erdem G. Neonatoloji'de anne sütü ile beslenme. Ankara; 2004. s.166-74.
12. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü. Bebek Dostu Birinci Basamak Sağlık Kurumu Bilgilendirme

Kitapçığı, 2012.

13. World Breastfeeding Week 2012 Understanding the Past – Planning the Future Celebrating 10 years of WHO/UNICEF’s Global Strategyfor Infant and Young Child Feeding. Pan American Health Organization, 2012 :1-8.

14. UNICEF Türkiye Temsilciliğı. Ana Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. Ankara: Maya Matbaacılık, 1992;229-50.

15. Jeanette E South Paul,Current Aile Hekimliğı Tanı ve Tedavi,2011,Güneş Tıp Kitabevleri,41-49.

16. Ball TM, Benett DM. The economic impact of breastfeeding. Pediatr Clin North Am,2001; 48: 253-262.

17. Yakut A., Doğruel N., Akgün N., (1997) Bebek ve Çocuk Beslenmesi. In: Gürgen H.(ed) Çocuk Sağlığı ve Gelişimi. AÖF Yayınları, Eskişehir.

18. Samur G. Anne Sütü. 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008: 7-8.

19. De Carvalho et al.; Breastfeeding. In Maternal and Child health activities at the local level; 2009, Chapter 11; page 247-263.

20. Bilgel N., (1997) Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. Güneş & Nobel Kitabevi, İstanbul.

21. WHO/UNICEF, (1991) Innocenti Bildirgesi-Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, Cilt:34 Sayı:4, ss.275-278.

22. Information by country | UNICEF <http://www.unicef.org/infobycountry> (07.02.2014).

23. Breastfeeding Report Card — United States, 2012. <http://cdc.gov/breastfeeding/reportcard> 2012 (06.02.2014).

24. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı <http://www.unicef.org/turkey/pc/>.

25. UNICEF Statistics Turkey. http://www.unicef.org/infobycountry/Turkey_statistics.html (04.02.2014).

26. Gür E. Anne sütü ile beslenme. Türk Pediatri Arsivi 2007; 42 Özel Sayı: 11.
27. Köksal G., Gökmen H.. Anne Sütü ve Emzirme. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatipoglu Yayınları, Ankara 2000.
28. BREASTFEEDING COUNSELLING.
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf (05.05.2014).
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü;Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Mayıs 2004.
30. Gökçay G, Garibağaoğlu M. Sağlıklı çocuğun beslenmesi.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s.183-203.
31. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL (Çeviri: A. Kut, İ. Tokalak, M.G. Eminsoy). Current aile hekimliği tanı ve tedavi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007:33-40.
32. Vatansever Ü. ve ark.; Tek Basına Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Hipernatremik Dehidratasyon. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 24(3):190-193.
33. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. Pediatr Clin North Am 2001;48:159-71.
34. Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Mısra P. Influence of infant feeding practices on nutritional status of underfive children. Indian J Pediatr 2006;73:417-21.
35. Köksal N, Aydoğdu H, Şentürk E, Perçin K, Özkan H. Anne sütünün immunolojik özellikleri. Güncel Pediatri 2005;3:74-7.
36. Çoskun T. Anne sütü ile beslenmenin yararları. Katkı Pediatri Dergisi 2003;25(2):199–202.
37. Yakut A., Doğruel N., Akgün N., (1997) Bebek ve Çocuk Beslenmesi. In: Gürgen H.(ed) Çocuk Sağlığı ve Gelişimi. AÖF Yayınları, Eskişehir.
38. Parents, (2005) Emzirmenin Yararları. (Ağustos-2005). Maya İlteşim, İstanbul:98-99.
39. Toprak İ., Bunsuz O., Şentürk Ş., ve ark. (eds), (2002) Toplumun

Beslenmede Bilişlendirilmesi Yeterli ve Dengeli Beslenme. Onur Matbaacılık, Ankara.

40. Richard JS (ed) . Breastfeeding 2001, Part II. Pediatr Clin North Am 2001;48:273-537.

41. Özgür S., Özgür P., (1994) Sosyal Pediatri. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.

42. Graef, J. W. (ed.), (2001) Çocuk Hastalıklarında Tedavi El Kitabı. Yılğör E. (çev.Ed.), Nobel Kitabevi, Ankara.

43. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics 2003; 112:607.

44. Guyton & Hall; Textbook of Medical Physiology. (11th ed). 2006:1038-1041.

45. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Anne sütü ile beslenmede danışmanlık kursu kitapçığı. Ankara;1996.

46. McGahren U. D., Wilson W.G., (eds), (2002) Pediatri Hatırlatmalar. (çev. Z. A.Sağlam) Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

47. Anne sütü.
http://www.almanhastanesi.com.tr/makale/makaleler/anne_sutu.htm
(03.02.2014).

48. The National Women's Health Information Center. <http://www.4woman.gov>
(02.02.2014).

49. Çoskun T. Laktasyonun anatomi ve fizyolojisi. Katkı Pediatri Dergisi 2003;25(2):185–98.

50. Widström AM,Ransjö-Arvidson AB,et al.Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour. Acta Paediatr Scand.1987 Jul;76(4):566-72.

51. WHO/UNİCEF.1990' ılı yıllarda bebeklerin anne sütüyle

beslenmesi(Çeviri):Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,Ekim 1999.

52. Edmond KM, Zandoh C,et al.Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006,117(3);e380-386.

53. Gomella T. L. (ed), (1992) *Neonatology Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, Drugs* (2nd ed). Prentice Hall, London.

54. Patricia Barbero, Abhinava S. Madamangalam and Alicia Shields.Skin to Skin after Cesarean Birth. *Journal Of Human Lactation*,2013(29):446.

55. İlknur Münevver Gönenç Yüksek Lisans Tezi.Epidural Anestezi ve Anestezisiz Vajinal Doğum Yapan Annelerin İlk 24 Saatte Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi,Ankara 2009;24.

56. Tunçer M, Yenidoğan ve Prematüre Bebeklerin Anne sütü ile Beslenmesinin Önemi,Neonatolojinin Temel İlkeleri ve Acilleri. Ankara:Güneş Tıp K,2007;127-135.

57. Haug K, Irgens LM, Baste V, Marksetad T, Skjaerven R, Schreuder P. Secular trends in breastfeeding and parental smoking. *Acta Paediatr* 1998;87:1023–7.

58. Donna J. Chapman and Rafael Perez-Escamilla,Does Delayed Perception of the Onset of Lactation Shorten Breastfeeding Duration?J Hum Lact 1999 15: 107.

59. Feray Çetin,Gülsen Güneş, Leyla Karaoğlu,Yusuf Üstün. Turgut Özal Tıp Merkezi' nde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler.İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,12(4)247-252(2005).

60. CR Banapurmath,et al.Is cesarean section a barrier to early initiation of breastfeeding.Indian Pediatrics 2013;50:1062-1063.

61. Vieira et al.Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population:cross sectional study, BMC Public Health 2010,(10):760.

62. Celia Regina Vianna Rossi Pereira, et al. Assesment of factors that interfere on breastfeeding within the first hour of life, Rev. bras. epidemiol. vol16,no:2,Sao Paulo June 2013.
63. Cristiano Siqueira Boccolini, Marcia Lazaro de carvalho, et al. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. Rev Saude Publica, 2011;45(1);244-6.
64. Emily Prior, et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. The American Journal of Clinical Nutrition, 2012, May 1, Vol:95 no:5 1113-1135.
65. Marry Ellen Thomson, et al. The importance of immediate postnatal contact: It's effect on breastfeeding. Can Fam Phi. 1979, 25:1376.
66. Yuko Nakao, et al. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women. International breastfeeding journal 2008(3):1.
67. Crane JM, et al. The effect of gestational weight gain by BMI on maternal and neonatal outcomes. J Obstet Gynaecol Can 2009 Jan; 31(1):28-35.
68. Aygöl Akyüz, Tülay Kaya, Nur Şenel. Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(5):331-335.
69. Emel Örün, et al. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby friendly hospital. The Turkish Journal of Pediatrics 2010, 52:10-16.
70. Fatma Bayram. Postpartum dönemdeki annelerin anne sütünün önemi hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi 2006; s:54.
71. Kaya Ö., Şimşek Z., Karataş H., (2004) Harran Üniv Araş Hast Çocuk Cerr ile Çocuk Hast Kliniklerinde Yatan 0-24 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ile Beslenme ve Ek Gıdalara İlişkin Bilgileri, Sağlık ve Toplum, Sayı 3; 73-78.
72. Sevil Ü., Çoban A., (2002) Annelerin İshal ve İshalli Çocuğun Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerini İncelenmesi, Çocuk Forumu Dergisi, Cilt 5 Sayı 2,

53-55.

73. Jennifer N. Lind,et al.Relationship between Use of Labor Pain Medications and Delayed Onset of Lactation.J Hum Lact January 2014.

74. Merlinda Alus Tokat,et al.Early postpartum breastfeeding outcomes and breast feeding efficacy in Turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia.International journal of nursing knowledge,2014 Jun:2047. .