

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

SEZARYEN DOĞUM SONRASI EMZİRMENİN
BAŞLATILMASINDA YAŞANAN SORUNLAR

HATİCE AKKUŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

AYDIN-2022

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamda ilgi, yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'a çok teşekkür ederim. Ayrıca yüksek lisans ders dönemi boyunca yardımlarını esirgemeyen Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Prof. Dr. Ayten TAŐPINAR, Prof Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA, Doç. Dr. Keziban AMANAK, Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR, Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŐEKER hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmam süresince gösterdiği sabır, özveri ve destekleri için aileme, yüksek lisans sınıf arkadaşım ve meslektaşlarım Uzman Ebe Fatıma ÇANDAR'a, Ebe BüŐra KARABULUT'a ve Denizli Devlet Hastanesi'ndeki çalışma arkadaşlarıma da ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
GİRİŞ.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Doğum Sonrası Dönem ve Önemi.....	5
2.2. Emzirme	7
2.2.1. Emzirmenin Yararları	7
2.2.2. Dünyada ve Ülkemizde Emzirme Oranları ve Emzirme Politikaları	9
2.2.3. Emzirme Sorunları.....	13
2.2.3.1 Anneye Ait Sorunlar	13
2.2.3.2. Bebeğe Ait Sorunlar	16
2.2.3.3. Emzirmeye Ait Sorunlar	17
2.3. Doğum Sonu Dönemde Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesi.....	19
2.4. Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesinde Ebenin Rolü	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24

3.3. Araştırma Zamanı	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	25
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek I).....	26
3.6.2. LACTH Emzirme Tanılama Ölçeği (Ek II).....	26
3.6.3. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği (ETDÖ) (Ek III).....	27
3.7. Ön Uygulama.....	28
3.8. Verilerin Toplanması.....	28
3.9. Verilerin Analizi	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.11. Araştırmanın Güçlükleri	29
3.12. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
4. BULGULAR	31
5. TARTIşMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
6.1. Sonuçlar.....	58
6.2. Öneriler.....	59
KAYNAKLAR.....	61
EKLER	76
EK 1. Sezaryen Doğum Sonrası Emzirmenin Başlatılmasında Yaşanan Sorunlar	76
EK-2. LATCH Emzirme Değerlendirme Ölçüm Aracı.....	80
EK-3. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği.....	81
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Form 3).....	83
EK-5. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı	88

EK-6. T.C. Sağlık Bakanlığı Denizli İli Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	89
EK-7. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Son Onayı.....	90
Ek 8. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği Kullanım İzni.....	91
EK-9. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	92
BİLİMSEL ETİK BEYANI	93
ÖZ GEÇMİŞ.....	94



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAFP	: Amerikan Aile Hekimliği Akademisi
AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
ABM	:Tıp Emzirme Akademisi
ACOG	: American Obstetri ve Jinekoloji Cemiyeti
BAAS	: Breastfeeding Attitude Assessment Scale
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ETDÖ	: Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği
LATCH	: Emzirme Tanılama Ölçeği
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development
SAS	: Sadece Anne Sütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1. UNICEF bölgelerine göre annelerin bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü verme yüzdelerinin 2005 ve 2018 yılları arasında değişimi (Çaylan ve Yalçın, 2020). 10
- Şekil 2. Türkiye’de emzirme göstergelerinin 1993 ve 2018 yılları arasında değişimi (Çaylan ve Yalçın, 2020). 12
- Şekil 3. Annede enfeksiyon, emzirme ve öneriler (Garther ve diğerleri, 2005; Gür, 2007; Agostoni ve diğerleri, 2008). 16



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Annelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n: 260).....	31
Tablo 2. Annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n: 260).	32
Tablo 3. Annelerin doğum sonu dönemde emzirmeye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n: 260).	33
Tablo 4. Annelerin emzirmede yaşadıkları sorunlara ilişkin özelliklerin dağılımı (n: 145). ...	34
Tablo 5. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanları (n: 260).	35
Tablo 6. Annelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).	36
Tablo 7. Annelerin obstetrik özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).....	38
Tablo 8. Annelerin doğum sonrası emzirmeye ilişkin özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).....	40
Tablo 9. Annelerin yaşayan çocuk sayısı, hastanede yatış süresi, bebeği ilk kucağına alma durumları ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ile LATCH emzirme tanılama ölçeği puanlarının ilişkisi (n: 260).	41
Tablo 10. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puanına bağımsız değişkenlerin etkisi: çoklu linear regresyon analizi sonuçları (n: 260).	42
Tablo 11. Annelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n: 260).	43
Tablo 12. Annelerin obstetrik özelliklerine göre Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).	45
Tablo 13. Annelerin doğum sonrası emzirmeye ilişkin özelliklerine göre Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).	47
Tablo 14. Annelerin yaşayan çocuk sayısı, hastanede yatış süresi, bebeğini ilk kucağına alma süresi ile Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanlarının ilişkisi (n: 260).....	48
Tablo 15. Annelerde Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği toplam puanına bağımsız değişkenlerin etkisi: çoklu linear regresyon analizi sonuçları (n: 260). ...	49

ÖZET

SEZARYEN SONRASI EMZİRMENİN BAŞLATILMASINDA YAŞANAN SORUNLAR

Akkuş, H. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.

Amaç: Bu araştırma sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunları belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel-analitik olarak, 09 Aralık 2019 ve 09 Aralık 2020 tarihleri arasında, Denizli Devlet Hastanesi'nde sezaryen doğum yapan 260 kadın ile gerçekleşti. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan "Tanıtıcı Bilgi Formu" ile LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics 22 (PASW Inc., Chicago. IL. USA) programı kullanılarak, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma), bağımsız gruplarda t testi ve mann whitney u testi, tek yönlü varyans analizi, kruskal wallis, pearson ve spearman korelasyon analizi, çoklu regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan 260 anneden, 145'i (%55, 8) emzirmede sorun yaşadığını bildirmiştir. Annelerin yaşadıkları emzirme sorunları; sütünün gelmemesi (%52, 4), sezaryen sonrası ağrı (%31, 7), rahat olmayan emzirme pozisyonu (%21, 4), düz/çökük meme ucu (%14, 5), ebeden yardım alamama (%2, 8) ve diğer sorunlar (%7, 6) şeklindedir. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puan aralığı 3, 50-9, 50 olup ortalaması 7, 21±1, 27'dir. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanı ise, 67, 00-176, 00 aralığında olup, ortalaması 118, 70±19, 30 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Annelerin çoğunluğunun sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında sorun yaşadıkları, emzirme başarısı düşük ve emzirme tutumu olumsuz olan annelerin daha çok sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Annelerin emzirme tutumlarının pozitif yönde olması için

ebelik girişimleri sağlanarak emzirme başarıları yükseltilebilir, emzirmeye başlama sorunları azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Emzirmenin Başlatılması, Emzirme Sorunları, Sezaryen Doğum.



ABSTRACT

PROBLEMS OF BREASTFEEDING INITIATION AFTER CASEREAN DELIVERY

Akkuş, H. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2021.

Objective: This research was carried out to determine the problems experienced in initiating breastfeeding after cesarean section.

Material and Methods: The research was cross-sectional-analytical, with 260 women who had a cesarean section at Denizli State Hospital between 09 December 2019 and 09 December 2020. The data of the study were collected by face-to-face interview method using the "Descriptive Information Form" prepared by the researcher, the LATCH Breastfeeding Diagnostic Scale and the Breastfeeding Attitude Assessment Scale. Data were evaluated by IBM SPSS Statistics 22 program. Descriptive statistics were expressed as number, percentage, mean and standard deviation. Data were analysed by Independent groups t test and Mann Whitney U test, one-way analysis of variance, kruskal Wallis test, pearson and spearman correlation analyses and multiple regression analyses.

Results: Of the 260 mothers who participated in the study, 145 (55.8%) reported problems in breastfeeding. Breastfeeding problems experienced by mothers were as follows; no milk (52.4%), post-cesarean pain (31.7%), uncomfortable breastfeeding position (21.4%), flat/sunken nipple (14.5%), not getting help from midwife (2.8%), and other problems (0.7, 6). The total score range of the mothers on the LATCH Breastfeeding Diagnostic Scale is 3.50-9.50, with an average of 7.21 ± 1.27 . The BAAS score was in the range of 67.00-176.00, with an average of 118.70 ± 19.30 .

Conclusion: These data suggested that the majority of mothers have problems in initiating breastfeeding after cesarean section. Mothers with low breastfeeding success and negative breastfeeding attitudes have many problems than others. Breastfeeding success can be

increased and breastfeeding initiation problems can be reduced by providing midwifery interventions in order for mothers to have positive breastfeeding attitudes.

Keywords: Breastfeeding Problems, Cesarean Delivery, Initiation Breastfeeding, Midwife.



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Anne sütü, doğum sonu ilk 6 ay boyunca yenidoğanın beslenmesi için neredeyse tüm ihtiyaçlarını karşılayan, her bebeğin ihtiyacına özel salgılanan fizyolojik bir besindir (Coşkun, 2003). Sadece anne sütü (SAS) besleme, “*yenidoğana ilk altı ay süresince anne sütünden başka (su dahil) sıvı, sıvı-katı, katı olan hiçbir besinin verilmemesi*” olarak ifade edilir. Anne sütü ile beslenme, yenidoğanın yaşamı için en iyi başlangıcı sağlar (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2021). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), American Obstetri ve Jinekoloji Cemiyeti (ACOG), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Tıp Emzirme Akademisi (ABM) bebeklerin doğumuyla beraber ilk altı ay boyunca SAS beslenmelerini ve yedinci ay itibarıyla ek besinlere geçilerek, emzirmenin iki yaşa kadar sürdürülmesini önermektedir (Stuebe ve diğerleri, 2005; Gartner ve diğerleri, 2005; Kök ve diğerleri, 2020). Anne sütü kusursuz besin içeriğiyle, hazmı kolay ve vücutta etkili bir biçimde kullanılır. Suni beslenmeye kıyasla daha ucuzdur ve bebeğin ilk aşısı olmasından dolayı hastalıklardan korur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2015; UNICEF, 2021). Bebeğin bağışıklık sistemini kuvvetlendirerek, nekrozitan enterokolit, egzama, diyabetes mellitus, obezite, crohn ve astım gibi alerjik hastalıklar ile çocuk lenfoması gibi kanserlerin anne sütüyle beslenenlerde görülme sıklığının azaldığı bildirilmiştir (Özmert, 2005; Savino ve Lupica, 2006).

Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, 4-5 ayda yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %9, 5 iken TNSA-2018 verilerinde bu oran %14, 4 olarak tespit edilmiştir. Yine ilk 6 aya bakıldığında yalnızca anne sütü ile beslenme oranı 2013 yılı TNSA verilerinde %30, 1 iken 2018 yılı TNSA verilerinde %40, 7 olarak bulunmuştur (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması [TNSA], 2013; TNSA, 2018). Dünya ülkelerinde emzirme oranına bakıldığında ise, UNICEF ile DSÖ tarafından küresel emzirme oranlarını arttırmayı amaçlayan bir girişim olarak, Küresel Emzirme Ortaklığı raporu (Cenevre/NewYork, 2017) hazırlanmıştır. Bu rapora göre emzirme alanında dünya ülkelerinin tavsiye edilen standartlara ulaşamadığı görülmüştür. Yine aynı raporda 194 ülkeyi kapsayan Küresel Emzirme Karnesi çıkarılmış ve 6 aydan küçük bebeklerin sadece %40’ının başka

hiçbir gıda verilmeden sadece anne sütüyle beslendikleri görülmüştür. Yine bu dönemdeki bebeklerin sadece anne sütüyle beslenme oranının %60'ın üzerinde olduğu ülke sayısı 23 olarak tespit edilmiştir (UNICEF, 2017).

Emzirme, anne sağlığı ile bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmeleri için anne sütünü bebeğe vermenin en iyi şeklidir (Karaçam ve Sağlık, 2018). Bebeğin beslenmesinin en sağlıklı ve en doğal şekli olmasıyla birlikte, zahmetsiz ve ekonomik olmasıyla emzirme istenen ve desteklenen bir yöntemdir (Coşkun, 2003). DSÖ doğumdan itibaren ilk 1 saat içerisinde emzirmenin başlatılmasını önerir (Özkara ve diğerleri 2016). Ülkemizde 2018 yılı TNSA verilerinde, yenidoğanın %50 oranında doğumdan sonra ilk 1 saat içerisinde emzirmeye başladığı bildirilmektedir. Erken dönemde emzirme bebeğin doğumundan itibaren göbeğinin kemlenmesi ve temiz bir beze sarılarak anneye verilmesiyle beraber emme davranışının başlatılması olarak ifade edilebilir (Nissen ve diğerleri, 1995). Doğum sonu emzirmenin erken dönemde başlatılmasıyla, uterus involüsyonu hızlanmakta, doğum sonu kanama riski ve sıklığı azalmaktadır. Emzirme bebeğin gelişimine katkı sağlamakla beraber, anne sağlığına ve anne bebek bağlanmasını da olumlu yönde etkiler. Ayrıca emziren annelerin yaşamın ileriki dönemlerinde meme ve over kanserleri, Tip 2 Diyabet, postpartum depresyon gelişme riskleri azalmaktadır. Emziren anneler gebelikte aldıkları kiloları ilk bir yıl içerisinde daha kolay verebilmektedirler (Özkara ve diğerleri, 2016).

Bazı sebeplerden dolayı erken dönemde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi engellenebilmektedir (Cangöl ve Şahin, 2014). Anne sütüyle beslenmeyi engelleyen pek çok bireysel ve kültürel faktör vardır. Bunlar; annenin eğitimi, çalışma durumu, sağlık çalışanlarından aldığı destek, emzirmeyi isteme durumu, emzirme konusundaki bilgisi, emzirirken yaşadığı sorunlar olarak sıralanabilir. Ayrıca anne sütünün yetersizliği, bebeğin emmek istememesi, prematürite, yarı damak, meme ucu sorunları, mastit, memelerde ağrı gibi durumlar da emzirmeyi engellemektedir (Karaçam ve Sağlık, 2018). Emzirmeyi etkileyen anneye ait bir başka faktör ise doğum şeklidir. Sezaryen doğum yapan annenin anestezinin etkisinde kalması, yenidoğanın kucakta tutulma güçlüğüne olması, annede ameliyat yerinin ağrısı gibi durumlar emzirmeyi olumsuz etkileyebilmektedir (Cangöl ve Şahin, 2014). Vajinal doğumla beraber, artan oksitosin, uterus kontraksiyonlarının artmasına bağlı olarak, süt kanallarından sütün gelmesini sağlar. Ancak sezaryen doğumda oksitosin salgısının olmamasıyla sütün gelmesi gecikebilmektedir (Prior ve diğerleri, 2012). Ülkemizde yapılan araştırmalara göre, TNSA 2008 ve 2013 sezaryen oranları karşılaştırıldığında, %37'den %48'e yükselmiştir. Yine TNSA verilerine göre 2018 sezaryen doğum oranı 2013 oranına

göre artarak %52 olmuştur. Sağlık Bakanlığı 2020 istatistiklerinde, sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı %57, 3 olarak saptanmıştır. Bu oranlara bakıldığında, günümüzde sezaryen doğum oranları sürekli bir artış içerisinde. Bunun sonucunda sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunlardan dolayı bebeklerin beslenmesi ve buna bağlı olarak bebek sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Sezaryen oranlarından yola çıkılarak; 2013 yılı TNSA verilerinde, emzirmenin Türkiye’de yaygın olduğu ve bütün çocukların %96, 4’ünün, TNSA 2018 verilerinde 97, 8’i bir süre emzirildiği görülmüştür. Ancak, emzirmenin bu kadar yüksek olmasına rağmen, TNSA 2013 verilerinde annelerin bebeklerini ilk 6 ay sadece anne sütüyle besleme oranı %30, 1, TNSA 2018 verilerinde ise; %40, 7 olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2013; TNSA, 2018).

Vajinal doğum ile sezaryen doğumun karşılaştırıldığı çalışmalarda, sezaryen doğumlarda ilk emzirmeye başlama zamanı ve emzirme süresinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Isik ve diğerleri, 2016). Başka bir araştırmada da sezaryen ile doğum yapanların daha çok emzirme sorunu yaşadıkları saptanmıştır (Tokat ve diğerleri, 2015). Tewabe (2016)’nin çalışmasında sezaryen doğum yapan annelerin emzirmenin başlamasında gecikme yaşadığı, Sutherland ve diğerlerinin (2012) çalışmalarında ise sezaryen doğum yapan annelerin emzirmeye başlama ve emzirme başarısının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Sutherland ve diğerlerinin 2012; Tewabe, 2016). Karaçam ve Sağlık’ın 2018’de yayınlanan emzirme sorunlarıyla ilgili çalışmalarında annelerin %24, 5’i emzirme sorunu yaşamıştır. Aynı çalışmada, %9, 7’si sezaryen sonrası emzirmede zorluk yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca anneler yaşadıkları emzirme sorunu olarak emzirme tekniğini bilmeme/bilgi ve tecrübe yetersizliği/egitim ve yardım ihtiyacı yüzdesi 17, 8’dir. Anne sütü yetersizliği/süt yetersizliği endişesi bebeğin doymadığını düşünme/bebeğin kilo alımının yetersiz olması (%15, 7), düz/içe çökük/küçük meme ucu (%7, 7), ağrı/hassasiyet (%3, 9) bildirilen sorunlar arasındadır (Karaçam ve Sağlık, 2018).

Emzirme öğrenme ve öğretmeden oluşan ama aynı zamanda doğal bir eylemdir. Sezaryen doğum yapan annelerin kesi bölgesindeki ağrı sebebi ile bebeğini emzirmek için kucakta tutma zorluğu, anestezinin etkisinde olması gibi nedenlerle bakım ve desteğe ihtiyaçları vardır (Çaka ve diğerleri, 2017). Bu ihtiyacın karşılanmasında sağlık profesyonellerinin desteği önem taşır (Özkara ve diğerleri, 2016). Erken doğum sonu dönemde, sağlık profesyonellerinin bilgi ve desteği anneyi emzirmek için cesaretlendirir (Fu ve diğerleri, 2014).

Ülkemizde anne sütü ve emzirme ilgili yapılmış bir çok çalışma olmasına rağmen sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunları ele alan kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile anne sağlığı ve bebek beslenmesi için olumlu sonuçların olacağı beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunları belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirmenin başlatılmasında yaşadıkları sorunlar nelerdir?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarıları nasıldır?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme tutumları nasıldır?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarılarını sosyo-demografik özellikleri etkiler mi?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarılarını obstetrik özellikleri etkiler mi?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarılarını doğum sonrası erken dönem özellikleri etkiler mi?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme tutumlarını sosyo-demografik özellikleri etkiler mi?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme tutumlarını obstetrik özellikleri etkiler mi?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme tutumlarını doğum sonrası erken dönem özellikleri etkiler mi?
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarıları ile tutumları arasında nasıl bir ilişki vardır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonrası Dönem ve Önemi

Doğum sonu dönem, doğum eylemini takiben bebek, plasenta ve membranların doğmasından sonra başlayan ve 6 haftalık zaman dilimini kapsayan bir dönemdir (Taşkın, 2021). Fiziksel, duygusal ve psikososyal olarak çok boyutlu bir tecrübe olan doğumun, kadının hayatında kısa ve uzun vadeli etkileri vardır (Batten ve diğerleri, 2017). Bu dönem anne ve bebek sağlığı için önemli risklerin görülebileceği bir süreçtir. Doğumu takip eden ilk saatler, ilk günler ve haftalar, hem anne hem yenidoğan için tehlikeli zamanlardır. Kadınlar, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlardan yaşamını kaybetmektedir (World Health Organization [WHO], 2013).

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) verilerine göre dünyada anne ölüm oranlarının en yüksek olduğu ülkeler yüz binde 50, 7 oranıyla Kolombiya, yüz binde 37, 6 ile Letonya, yüz binde 34, 2 ile Meksika şeklinde sıralanmaktadır. Anne ölüm oranlarının en düşük olduğu ülkeler ise, yüz binde 1, 1 ile Polonya, yüz binde 0, 0 oranlarıyla Estonya, İzlanda, İrlanda, Lüksemburg, Norveç, Slovakya, Slovenya'dır. Türkiye'de ise anne ölüm oranı yüz binde 13, 1'dir. (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre COVID-19 kaynaklı anne ölümleri hesaplamaya dahil edildiğinde, 2020 yılı anne ölüm oranı (100.000 canlı doğumda) 19, 9'dur (Sağlık İstatistikleri Yıllıkları [SİY], 2020). Anne ölümlerinde en çok ölüm, doğum esnasında veya doğumdan hemen sonra görülmektedir. Anne ölümlerinin en sık nedeni kanama ve enfeksiyon kaynaklıdır (WHO, 2013). Sağlık istatistikleri yıllığında bebek ölüm hızı dünyada binde 27, 4 Türkiye'de ise binde 8, 5 olarak bildirilmiştir (SİY, 2020). Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinde de Türkiye'de bebek ölüm sayısı, 2018 yılında 11 bin 598 iken 2019 yılında 10 bin 770 olmuş ve bebek ölüm hızı ise, 2018 yılında binde 9, 3 iken 2019 yılında binde 9, 1'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, [TÜİK], 2020). Doğum sonu dönemde verilen bakımın amacı yalnızca ölümleri engellemek değildir. Anne ve bebeğin gelecekteki sağlık ve iyi oluşlarını belirleyecek değişimler bu süreçte yaşanır (WHO, 2013; Can, 2015).

Türkiye’de anne ve bebek ölümlerinin azaltılması amaçlı, sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım ve alt yapı ihtiyaçlarının giderilmesinin yanı sıra, ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli bakımın sunulması hedeflenmiştir. Bu çerçevede, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü’nce “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” yayınlanmıştır. Rehberde göre her lohusanın, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere toplam 6 kez lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen doğum sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi beklenmektedir. Birinci izlem doğumu takip eden ilk 0-1 saatleri, ikinci izlem doğumu takip eden ilk 1-6 saatleri, üçüncü izlem doğumu takip eden ilk 6-24 saatler arasını kapsar. Dördüncü izlem doğumu takip eden 2.-5.günlerde, beşinci izlem 13.-17. günlerde, altıncı izlem ise, 30.-42. günlerde evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilir (Doğum Sonu Bakım Rehberi, 2014). Ayrıca doğum sonu ilk 24 saatten başlayan ve 7-10. güne kadar süren dönem “erken postpartum evre” ve daha sonraki 6-8 haftalık süreç ise “geç postpartum evre” diye adlandırılır (Bal ve Yılmaz, 2017).

Doğum sonu dönemde annede fizyolojik olarak oluşan hormonal ve biyolojik değişikliklerle beraber, davranış ve psikolojik değişimler de görülür (Balkaya, 2002). Bu süreçte anne, bebek için gerekli bakımı vermenin stresiyle de başa çıkmak durumundadır. Ayrıca anne, bebek ve aile sağlığının korunması, geliştirilmesi ve devam ettirilmesi için önem taşıyan, yaşam değişimlerinin olduğu, anne ve ailenin stres yaşayabileceği bir dönemdir (Gül ve diğerleri, 2009). Bu değişimler kadının yaşam kalitesini ve dolayısıyla da sağlığını etkilemektedir. Bu dönemin sağlıklı geçmesi, sonraki süreçlerin de sağlıklı geçmesine katkı sağlar (Taşkın, 2016). Doğum sonu dönem anne ve bebeğin bakıma ihtiyaç duyduğu bir dönem olmasından dolayı, bu süreçte verilen bakım emzirme, hijyen, bebek bakımı gibi konuları içererek, anne, yenidoğan ve ailenin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olmalıdır. Bu ihtiyaçlar doğrultusunda, anne ve yenidoğanın fiziksel bakımlarının sağlanması, komplikasyonların engellenmesi, aile üyelerinin bu yeni duruma psikososyal uyumunun sağlanması, sağlığın iyileştirilmesi ve tavsiyelerde bulunulabilmesi için sağlık profesyonellerinin önemli görevleri vardır (Yalçın, 2011; Shaw, 2007; Cashion, 2004).

2.2. Emzirme

Doğum sonu dönem “fizyolojik olarak oluşan, gerileyici (retrogressive), ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterize” bir süreç olarak tanımlanır. Annenin uterus ve serviks olmak üzere tüm üreme organlarının ve diğer sistemlerin gebelik öncesi döneme gelme süreci gerileyici değişiklikler olarak tanımlanır. Doğum sonu pelvik organlarda meydana gelen atrofik değişikliklerin tersine, laktasyona hazırlanan memelerde ise, ilerleyici değişiklikler görülür. Doğum sonu östrojen ve progesteron seviyelerinin azalıp, prolaktin hormonunun yükselmesiyle, memelerde süt salgılanması gerçekleşir (Taşkın, 2021). Anne sütü üretimi ve salınımı prolaktin (sütün yapımı) ve oksitosin (sütün salgılanması) hormonlarının salgılanmasıyla ve memelerin otokrin kontrolüyle oluşmaktadır. Oksitosin ve prolaktin salınımları meme ucunun uyarılması (memeğin memeyi emmesi, meme ucu masajı) ile refleks olarak oluşmakta ve bu hormonların salınımı için en iyi uyaran bebeğin memeyi emme eylemidir (Museran, 2011).

Emzirme bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesi için en uygun besleme şeklidir (Taşkın, 2021). Ayrıca emzirme sadece bir bebek beslenme şekli olmayıp, yetişkin eğitimi açısından anne bebek sağlığını koruyucu bir uygulamadır. Doğumdan hemen sonraki dönemde ten tene temasın sağlanarak, emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılıp ve sürdürülmesini sağlamak gelecek nesillerin sağlıklı olmalarına katkı sağlar. Bu bağlamda emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi ebelerin öncelikli görevlerindedir (Tügdür ve diğerleri, 2020; Özkara ve diğerleri, 2016).

2.2.1. Emzirmenin Yararları

Bebeğin annesinin memesinden alacağı ilk besin, “ilk süt”, “ağız sütü” ya da “kolostrum” olarak ifade edilmiştir. İlk sütün görüntüsü kişiden kişiye göre değişebilmektedir. Fakat genel olarak sarımsı bir renkte ve kıvamlıdır. İlk süt her bebeğin kendi ihtiyaçlarına özel salgılanan, çok besleyici ve hastalıklardan koruyucu özelliktedir. Kolostrum, daha çok protein, kalsiyum, mineral ve yağda eriyen vitaminlerce zengin olup, yenidoğana pasif immunizasyonu sağlayacak olan immünoglobulinleri de içerir. Geçiş sütü kolostrumdan sonra salgılanan ve 2 hafta boyunca devam eden, kolostruma göre daha yüksek yağ, laktoz ve vitamin içeriğiyle daha kalorilidir. Matür süt ise, anne sütünün 14. günden sonraki halidir. Bu

süt içeriğinde %10 oranında bebeğe enerji vermesi ve bebeğin büyümesinde gerekli olan karbonhidrat, protein ve yağ barındırırken, geri kalan kısmını da su oluşturur. Matür süt emzirmenin başında vitamin, protein ve sudan zengin olup, emzirmenin sonuna doğru yüksek yağ içeriğiyle, emzirmenin başından sonuna farklılık gösterir (Taşkın, 2021; Benoit ve diğerleri, 2016; Neifert ve Bunik, 2013). Anne sütünde, laktoz, lipidler, vitaminler, mineraller, doymamış yağ asitleri ve tüm esansiyel aminoasitleri içererek, protein konsantrasyonu inek sütüne göre daha düşüktür. Bu konsantrasyon yenidoğanda genetik şifreye dayalı optimal büyüme için gerekli ve yeterli düzeydedir (Taşkın, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü bebeklerin doğumundan itibaren ilk 6 aylık süreçte SAS ile beslenmelerini tavsiye eder (Benoit ve diğerleri, 2016; Neifert ve Bunik, 2013). Yeterli ve dengeli beslenme için vazgeçilmez bir besin olan anne sütü, bir insan hakkı olarak görülmüş, bebeklerin ihtiyacı olan tüm besin öğelerini içermesiyle ve bebekleri hastalıklardan koruma sağlamasıyla yenidoğanın ilk aşısı olarak tanımlanmıştır (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2015; Güler ve Akın 2012; Evcil ve Zoroğlu, 2020). Anne sütünün yerine geçebilecek hiçbir besin maddesi yoktur (Baysal, 2005). Anne sütünün her daim hazır olmasından, saklama ve hazırlama sorunu olmamakla, aile için maddi açıdan da ekonomiktir (Dengi ve Çakmak, 2019). Anne sütüyle beslenen bebeklerin daha sağlıklı olduğu, mide-bağırsak bozukluğu ve solunum yolu enfeksiyonları gibi hastalıklara bu bebeklerde daha az rastlandığı görülmüştür (Ahluwalia ve diğerleri, 2005). Anne sütü bebekleri ishal, pnömöni, kulak enfeksiyonu gibi hastalıklara karşı koruyucudur. Uzun vadeli olarak anne sütü ile beslenen bebeklerde astım gelişme ihtimali ve obez olma durumu, beslenmeyenlere göre daha düşük olduğu araştırmalarda bildirilmiştir. Ayrıca uzun zamandır sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde beyin gelişiminin arttığı gözlemlenmiştir (Ahmed ve Ouzzani, 2013; Özkara ve diğerleri, 2016). Lanset Dergisi 2016 yılı ocak sayısında yayınlanan bir derleme çalışmasında; anne sütünün enfeksiyon kaynaklı hastalıklardan ölümü, diğer hastalıkların görülme sıklıklarını ve buna bağlı mortalite oranlarını düşürdüğü ifade edilmiştir. Anne sütü alan bebeklerde, ishal kaynaklı hastaneye yatışta %70, alt solunum yolu enfeksiyonlarında ise % 60, ' dan fazla düşüş olduğu bildirilmiştir. Anne sütü alan bebeklerde iki yaşından önce akut otitis media %33 oranında düşmüştür. Ayrıca alerjik riniti %21 azalttığı, düşük oranda olsa da, egzama, besin alerjisi, astım, hırıltı gibi durumlara da olumlu katkı sağladığı bildirilmiştir. Ayrıca, %26 oranında obeziteyi, %35 oranında Tip 2 diyabeti, %19 oranında çocukluk çağı lösemilerini azalttığı bilinmektedir. Anne sütünün IQ artışını term bebeklerde (3, 4 puan), erken doğan bebeklerde ise (7 puan) etkilediği bildirilmiştir (Victoria ve diğerleri, 2016).

Emzirme, annenin sağlığı ile bebeklerin büyüme ve gelişebilmelerinin sağlıklı olarak devam edebilmesi için, anne sütünün en iyi verilme şeklidir. Emzirmenin anne için kısa ve uzun vadede faydaları vardır. Doğumdan sonra emzirmeye hemen başlanması ve bebeğin ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü verilerek beslenmesi, emzirmenin genel süresine katkı sağlar (Taşkın, 2021; Victoria ve diğerleri, 2016; Dieterich, 2013).

Doğumdan hemen sonra emzirmeye başlanırsa salgılanan oksitosin sayesinde uterusun kontrakte olmasıyla annede kanama azalır. Anne rahminin gebelik öncesi halini alma süresi kısalır. Annenin metabolizmasının dengelenmesine yardımcı olur. Annenin stresinin azalmasını sağlar (Taşkın, 2021; Victoria ve diğerleri, 2016; Dieterich, 2013).

Emzirmeyi devam ettiren anneler doğum öncesi kilosuna kısa sürede ulaşır. Kilo veren annenin iç organ yağlanmasıyla, Tip 2 diyabet, kalp damar hastalıkları riski azalır. Ovulasyonun baskılanmasıyla anne uzun süre adet görmez. Meme ve over kanserlerine karşı koruyucudur. Yapılan çalışmalarda, emziren annelerde, over ve invaziv meme kanser riskinin düştüğü, depresyonun, Tip 2 diyabetin az görüldüğü, osteoporoz ve doğum sonu kilo kaybı yönünden iyi anlamda katkısının olduğu bildirilmiştir (Victoria ve diğerleri, 2016).

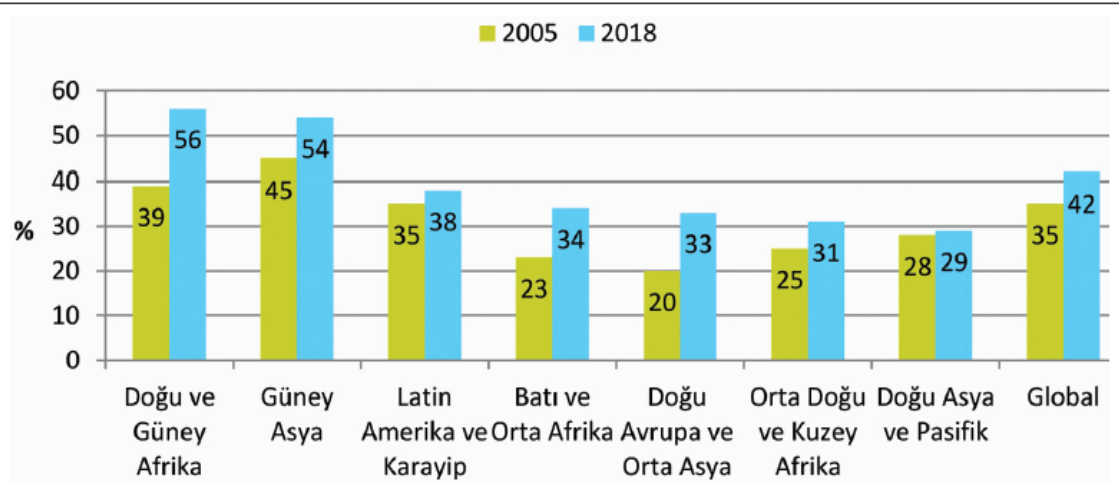
Uygun destek, öneri ve teşvik verilmesi ve mevcut sorun çözümlenerek gerekli yardım sağladığı zaman tüm anneler emzirebilir. Çalışmalar, anne ve bebekler arasında ten temasının, doğumdan hemen sonra olmasının süt salgılanmasını uyararak, emzirme eyleminin başarılı olma ihtimalini arttırdığını göstermiştir (UNICEF, 2017).

2.2.2. Dünyada ve Ülkemizde Emzirme Oranları ve Emzirme Politikaları

Dünya genelinde anne sütü ve emzirmenin desteklenmesiyle ilgili son 40 yılda birçok çalışma yapılmıştır. Ülkelerin sağlık bakanlığı temsilcilerinden oluşan Dünya Sağlık Konseyi'nde, anne sütü yerine kullanılan ürünlerin kullanımı, bebeklerin güvenli beslenmesini önemseyen yaklaşım "Uluslararası Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanması ile ilgili Uluslararası Yasa (Mama Kodu)" benimsenmiştir (WHO, 1981). Bu uygulama kullanılan formül mamalar ile bebekleri beslemede kullanılan biberon ve emziklerin satışıyla da alakalıdır. Çünkü yasaya göre, anne sütü yerine kullanılan bu ürünlerin tanıtımının emzirmeyi olumsuz etkilediği kabul edilir (WHO, 2017).

UNICEF ve DSÖ Cenevre/Newyork'ta toplanarak, emzirmeyi desteklemek ve emzirme oranlarını artırmak için bir girişimde bulunarak, “Küresel Emzirme Ortaklığı” raporunu hazırlamışlardır. Rapora göre, emzirmede önerilen kriterleri tam anlamda uygulayan hiçbir dünya ülkesi bulunmamaktadır (UNICEF, 2017). Toplam 194 ülkenin olduğu Küresel Emzirme Karnesi'nde altı aydan küçük bebeklerin %40'ının yalnızca (başka hiçbir gıda maddesi vermeden) anne sütüyle beslendiklerini ve 23 ülkede ise bu bebeklerin sadece anne sütüyle beslenme oranının % 60'ın üzerinde olduğunu saptamışlardır.

Gelişmekte olan ülkelerde 6 aydan küçük bebekler %39 oranında sadece anne sütü alırken, %58 oranında 20. ile 23. aya kadar anne sütü alımını devam ettirmektedir (WHO, 2016; UNICEF, 2014; Victora ve diğerleri, 2016). Altı aydan küçük bebeklerin; İngiltere'de %1, Azerbaycan'da %12, Amerika'da %16.4, Afganistan'da %16, Pakistan'da %53, Çin'de %51, Mısır'da %53, Doğu Asya'da %32, Güney Afrika'da %30 oranında yalnızca anne sütü ile beslendikleri saptanmıştır (Irmak, 2016; WHO, 2016; UNICEF, 2014, 2016). Yine dünya bölgelerinin yıllar içindeki emzirme oranlarının değişimi aşağıda gösterilmiştir. Global olarak bakıldığında doğumdan sonra ilk 6 ay boyunca sadece anne sütüyle besleme 2005 yılında %35 iken, 2018 yılında %42 olmuş ve beklentinin altında kalmıştır.



Şekil 1. UNICEF bölgelerine göre annelerin bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü verme yüzdelerinin 2005 ve 2018 yılları arasında değişimi (Çaylan ve Yalçın, 2020).

Ülkemizde anne sütü ile besleme 1990' lı yıllardan sonra büyük önem kazanmaya başladı. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de, anne sütü ve emzirme desteklenerek, T.C. Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) ve UNICEF beraberliğinde, "Anne Sütünün

Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” yürütülmektedir (WHO, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Programın amacı, emzirmenin doğumdan hemen sonra başlatılması ve ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslemeyi ve sonrasında ise, ek gıdalarla emzirmenin 2 yaşını geçecek şekilde devam etmesidir. Emzirmenin teşviki ve desteklenmesini sağlayan programın temel amacını oluşturan emzirmede 10 adım kriterleriyle, bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanarak, beslenme bozukluklarının önlenmesi sağlanarak çocuklarda mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesini hedefler (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2016).

Başarılı Emzirmenin 10 Adımı

Temel Yönetim Uygulamaları

1. Kurularda anne sütü ve emzirme uygulamasının korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi amacıyla bir emzirme politikası oluşturulmalıdır.
 - a) “Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla ilgili Uluslararası Yasa” ve Dünya Sağlık Asamblesi’nin ilgili kararları eksiksiz şekilde uygulanmalıdır.
 - b) Personel ve ebeveynlerle düzenli aralıklarla paylaşılan, yazılı bir “bebek beslenme politikası” oluşturulmalıdır.
 - c) Sürekli izleme ve yönetim sistemleri kurulmalıdır.
2. Personelin emzirme ile ilgili annelere destek olması için gerekli bilgi yetkinlik ve becerilerle donatılması sağlanmalıdır.

Temel Klinik Uygulamalar

3. Gebe kadınlar ve aileleri emzirmenin önemi ve yönetimi hakkında bilgilendirilmelidir.
4. Annelerin bebekleri ile doğar doğmaz en erken sürede ten-tene teması sağlanarak, en kısa sürede emzirmeye başlaması ve temasın kesintisiz şekilde sürmesi için olunmalıdır.

5. Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi ile sık karşılaşılan güçlüklerin yönetilmesi hakkında anneler desteklenmelidir.

6. Tıbbi bir zorunluluk olmadığı sürece yenidoğana anne sütünden başka herhangi bir besin ya da sıvı verilmemelidir.

7. Annelerin bebekleri ile birlikte tutulması ve 24 saat boyunca aynı odada kalmaları sağlanmalıdır.

8. Anneler bebeklerinin açtığı zaman verdiği tepkileri tanınması ve bunlara yanıt vermesi konusunda annelere destek olunmalıdır.

9. Biberon ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda annelere danışmanlık hizmeti verilmelidir.

10. Ebeveynlerin ve bebeklerin emzirme hakkında sürekli destek ve bakım hizmetlerine erişim sağlayacakları merkezlerle ilgili bilgilendirilmeleri taburculuk öncesinde sağlanmalıdır.

Ülkemizde 1991 yılından beri uygulanan bu program sayesinde, yıllar içinde emzirme oranlarının olumlu yönde ilerlediği gözlenmektedir.

	TNSA- 1993	TNSA- 1998	TNSA- 2003	TNSA- 2008	TNSA- 2013	TNSA- 2018
Bir süre emzirilen (%)	95,2	95,2	96,8	96,7	96,4	97,8
İlk 1 saatte emzirilen (%)	19,9	51,8	53,9	39,0	49,9	71,3
İlk 3 günde başka sıvı/gıda verilen (%)	-	-	39,4	23,2	25,7	41,7
İlk 6 ay sadece anne sütü alma (%)	10,4	10,7	20,8	41,6	30,1	40,7
20-23 ayda emzirilen (%)	-	-	24,3	21,6	33,9	33,5
Sadece anne sütü alma süresi (ortanca ay)	0,5	0,4	0,7	1,8	1,2	1,8
Toplam emzirme süresi (Ortanca ay)	11,9	12,0	14,0	16,0	16,7	16,7

Şekil 2. Türkiye’de emzirme göstergelerinin 1993 ve 2018 yılları arasında değişimi (Çaylan ve Yalçın, 2020).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre tabloya baktığımızda; ilk bir saatte emzirilen bebek 1993 yılında %19,9 iken 2018 yılında %71,3'e yükselmiştir. İlk 6 ay boyunca sadece anne sütü alan bebeklerin oranı %10,4'ten yükselerek %14,6'ya 2008 yılında ulaşılmış ve 2018'de ise %40,7 olduğu görülmüştür. Sadece anne sütü alanların ortalama süresi 1,8'dir (TNSA, 2018).

2.2.3. Emzirme Sorunları

Amerikan Pediatri Akademisi, başvurma nedenine bakılmaksızın sağlık kuruluşuna gelen bebeğin beslenme durumunun sorgulanmasını, iyi bir gözlemlenme anne sütü ve emzirmede karşılaşılan sorunların açığa çıkarılarak danışmanlık verilmesini önermektedir (Garther ve diğerleri, 2005). Doğum sonu dönemde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde yaşanan sorunları, anneye, bebeğe ve emzirmeye ait sorunlar olarak üçe ayırabiliriz (Çaka ve diğerleri, 2017).

2.2.3.1 Anneye Ait Sorunlar

İsteğe bağlı ya da anne/bebek kaynaklı herhangi bir tıbbi gerekçeyle annenin sezaryen doğum yapması, vajinal doğuma kıyasla oksitosin artışının olmamasından süt salgılanmasını geciktirmektedir (Prior ve diğerleri, 2012). Sezaryen doğumlarda vajinal doğuma göre anne bebek etkileşimi, ten teması daha geç başlamaktadır. Kaynaklar tarandığında, sezaryen ve vajinal doğum yapan anneler kıyaslanmış, sezaryen doğum yapanların emzirmeye daha geç başladıkları, anne sütü verme sürelerinin az, emzirme başarılarının düşük, destek ihtiyaçlarının fazla olduğu görülmüştür (Al-Sahab ve diğerleri, 2010; Friguls ve diğerleri, 2010). Yine bu konuda yapılan bir çalışmada, sezaryen ve vajinal doğum karşılaştırıldığında, sezaryen doğumun emzirmeye başlamayı ve emzirme sıklığını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Isik ve diğerleri, 2016). Benzer başka bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan annelerde emzirmeye başlama ve emzirme başarısını sürdürme olumsuz etkilenmiştir (Sutherland ve diğerleri, 2012). Tewabe ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmada sezaryen doğumun emzirmeye başlamayı geciktirdiğini, yine Tokat ve diğerlerinin (2015) çalışmasında ise sezaryen doğum yapanların vajinal doğuma kıyasla daha fazla emzirme sorunu ile

karşılaştıkları şekilde bulgular ortaya konmuştur (Tewabe ve diğerleri, 2015; Tokat ve diğerleri, 2015). Türkiye’de yapılan bir derlemede de emzirme sorunlarından biri ise, sezaryen sonrası emzirmede zorluk olarak bildirilmiştir (Karaçam ve Sağlık, 2018). Bu çalışmalar, sezaryen doğum yapan annelerin danışmanlık ve desteğe daha çok ihtiyaç duyduklarının ortaya çıkması açısından önemlidirler. Vajinal doğum yapan anneler gibi, sezaryen doğum yapan anneler de emzirebilir. Fakat kesi yerindeki ağrı hassasiyetinden dolayı bebeği emzirmek için annenin kucağına almasının ve tutmasının zor olması nedeniyle bebeğin sırtı yastıkla desteklenerek emzirtilmelidir. Böylelikle anne sağlığı açısından uterus eski haline emzirme esnasında salgılanan oksitosin ile normal boyutuna daha kısa sürede ulaşır (Çaka ve diğerleri, 2020).

Emzirme döneminde tıbbi nedenlerle kullanılan ilaçlar, bebeğin karaciğerinin ilaçları yavaş parçalaması, böbrek filtrasyonunun ilk haftalarda düşük olmasından dolayı anne sütünden bebeğe geçerek, risk oluşturabilmektedir (Büyükkayhan ve Kurtoğlu 2016; Taşkın, 2021). Emziren anneye ilaç verirken ne derecede gerekli olduğunun bilincinde olunmalıdır. İlaç verilmesi çok gerekli olduğu durumlarda ve bebek için güvenliği araştırılarak verilmelidir. Emzirme ilaç kullanımından önce yapılmalıdır (Büyükkayhan ve Kurtoğlu 2016). Kemoterapi, ağır psikolojik ilaçlar, bağımlılık yapan ilaçlar, annenin ağır metallere maruz kalması emzirme için kontraendikedir (Gür, 2007).

Emzirmeyi olumsuz etkileyen en önemli etmenlerden biri de annenin sigara kullanmasıdır. Yapılan çalışmalarda, gebelikten önce sigara içen annelerin bebeklerinde doğumdan sonra ilk 6 ayda anne sütüyle beslenme oranlarının düşük olduğu, nikotinin prolaktin salgılanmasını azalttığından, süt miktarının azaldığı saptanmıştır (Tavoulare, 2015). Ayrıca sigaradaki nikotin, bebekte davranışsal sorunlara neden olmaktadır. Anne nedeniyle pasif içiciliğe maruz kalan bebekte solunum sistemi enfeksiyonları, ishal, kusma, ani bebek ölümü gibi durumlar görülebilmektedir. Sigara kullanan annelere, bebek açısından sigaranın neden olduğu olumsuzluklar hakkında danışmanlık verilmelidir (Çınar, 2015).

Annenin çalışma hayatının olması formül besin ile beslenmeye neden olmakta, böylece emzirme süresi azalmaktadır (Hawkins ve diğerleri, 2015; Gökdemirel ve diğerleri, 2005). Çalışmalarda anne sütü ve emzirmeyi destekleyen işyerlerinde çalışan annelerin emzirme başarılarının yüksek olduğu, emzirme için olanakların sağlanmasıyla engellerin azaldığı bildirilmiştir (Hawkins ve diğerleri, 2015). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, ilk 6 ay tek başına emzirmenin başarılabilmesi, annenin sütünün yetersiz olduğu düşüncesiyle formül mama kullanması, annenin çalışma hayatının olması gibi durumlar, emzirmenin erken

bırakılma nedenleri olarak gösterilmiştir. İlk 6 ay boyunca yalnızca anne sütü ile beslenmeyip, formül mama da verilen bebeklerde anne sütü alma toplam süresi sadece anne sütü ile beslenenlere göre çok daha kısadır (Çamurdan ve diğerleri, 2008; Alikashifoğlu, Yılmaz, 2002). Çalışmalardan da anlaşıldığı üzere çalışan annelere destek ve danışmanlık verilerek emzirmeyi devam ettirmeleri teşvik edilmelidir (Cangöl ve Şahin, 2014). Ayrıca çalışan anneler için sütün nasıl sağılacağı, nasıl saklanacağı hususları destek ve danışmanlık hizmetlerine dahil olmalıdır (ABM, 2010).

Doğum sonu dönemde annenin memesinde mastit (meme bağ dokusu ve salgı bezlerini içine alan sellülit) oluşabilir. Doğumdan sonra ikinci ve üçüncü haftalarda görülse de yapılan çalışmalarda mastitin %74-95 oranında doğum sonu ilk 12 haftada oluştuğu görülmüştür (WHO, 2000; Cullinane ve diğerleri, 2015). Mastit meme ucunun çatlağı ya da süt kanallarının tıkanmasıyla oluşabilir. Bu olay memede enfeksiyon sebebidir. Meme ucuna yerleşen bakteriler (E. Coli, streptokoklar vs.) memede şişme, kızarma ve ağrıya neden olurlar. Enfeksiyon nedeniyle annede üşüme, titreme, ateş ve halsizlik görülebilir. Mastit olan anneler emzirmeyi devam ettirerek, sıvı alımını arttırmalıdır, nemli sıcak uygulama ve yatak istirahati yapmalıdırlar. Antibiyotik kullanımı ve fazla sütün sağılmasıyla tedavi yapılmalıdır (Şen ve Gürdal, 2013).

Emzirme döneminde anneye meme kanseri tanısı konmuşsa, emzirme son bulabilir. Böyle bir durumda, anneler zarar görmemiş memeden bebeklerini emzirebilirler. Fakat radyoterapinin süt salgılanmasına olumsuz etkisi vardır. Yapılan çalışmalarda emziren annelerin meme kanseri olma riskinin düşük olduğu bildirilmiştir (Cangöl ve Şahin, 2014; Koyuncu ve Canbay, 2002; Boskabadi ve diğerleri, 2014).

Aile planlaması yöntemlerinden biri olarak emzirme kabul edilmektedir. Lakin aile planlaması yöntemi olarak koruyuculuk sağlaması için dikkat edilmesi gereken hususlar vardır. Bebek ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslenmeli, emzirme süresi 4 dakikadan az olmamalı ve emzirme aralıkları 2-3 saati geçmemelidir. Ayrıca emzirme gece gündüz devam etmelidir. Bu şekildeki korunma yönteminin tam emzirme sağlanmış olsa dahi, 8 haftadan sonra doğum sonu menstruasyon ve bebeğin yaşı 6 ayı geçmişse, emzirmenin koruyuculuğu azalarak risk oluşturur. Eğer anne emzirme döneminde gebe kalmışsa, kendi tercihiyle bağlı olarak son üç aylık döneme kadar emzirmeyi sürdürebilir. Fakat son trimesterde devam ettirmesi erken doğuma sebep olacağından sakıncalıdır (Labbok ve diğerleri, 1994; Şentürk, 2010).

Emzirme döneminde olan bir anne spor yapıyor ise, vücutta biriken laktik asit sütün tadını etkileyebilir. Değişen bu tadı bebek sevmeyip emmek istemeyebilir. Terleyen annede sodyum ve klor da artar. Bundan dolayı anne bebeğini spordan önce emzirmeli, spor sonrası duş almalı ve gelen sütü vermemelidir (Davies ve diğerleri, 2003; Bane, 2015). Annede enfeksiyon durumu söz konusu ise, emzirme durumu aşağıdaki şekildedir:

Enfeksiyon	Emzirme / Öneriler
Human Immunodeficiency Virus (HIV)	Anne, sütünü pastörize ederek bebeğine verebilir.
İnsan T-hücre lenfotropik virüs (HTLV) tip I-veya II pozitif	Anne sütü kontraendike
Herpes Simplex Virüs	Memede lezyon varlığında iyileşene kadar emzirmeye belirli bir süre ara verilir, göğüsteki süt sağılır, sağılan süt bebeğe verilmemelidir. El yıkamaya özen gösterilmelidir ve lezyonlara müdahale edilmemelidir.
HBsAg(+), HAVIgM (+), AntiHCVIgM (+)	Anne emzirebilir.
Sitomegalovirus (CMV Ig G +)	Anne emzirebilir.
Sitomegalovirus (CMV Ig M +)	Emziremez.
Varisella-zoster enfeksiyonu	Bebek geçici olarak anneden ayrılmalı ve bebeğe varisella-zoster immünglobulini yapılmalıdır. Lezyonlarda kurutlanma (6-10 gün) olunca anne bebeğini emzirebilir.
Kızamık	Bebek geçici olarak anneden ayrılmalı 72 saat emzirmeye ara verilir. İmmünglobulin bebeğe yapılır, sağılmış anne sütü verilebilir
Tüberküloz enfeksiyonu	Anne emzirebilir.
Aktif Tüberküloz	Bebek anneden ayrılır. Anneye tedavi başlanır. Sağılmış süt bebeğe verilir. veya Bebeğe İNH profilaksisi (3 ay), anneye tedavi başlanır. Anne emzirebilir. 3 ay sonra bebek tüberküloz (PPD; Akciğer Radyogramı vs) için değerlendirilir. Sorun yoksa anne emzirmeye devam eder.

Şekil 3. Annede enfeksiyon, emzirme ve öneriler (Garther ve diğerleri, 2005; Gür, 2007; Agostoni ve diğerleri, 2008).

2.2.3.2. Bebeğe Ait Sorunlar

Doğum eylemi esnasında anneye verilen anestezi ilaçları, anneden bebeğe geçerek, bebeğin uyku halinde olmasına sebep olarak bebeğin emme durumunu olumsuz etkileyebilir. Eğer böyle bir durumla karşılaşırsa, bebek olabildiğince emzirilmelidir. Kalan süt sağılarak bebek beslenmelidir. Emzirme aralıkları 2-3 saati geçmemelidir (Montgomery ve Hale, 2012).

Anatomik bozuklukların (dil bağı, dilin uzun/kısa olması, yarık dudak gibi) emzirmeye olumsuz etkisi vardır. Bebeğe kısa dil olması memeye tutunmayı zorlayabilirken, uzun

dilinin olması ise damağa kadar dayanmasına sebep olabilir. Bu nedenlerden dolayı, bebeğin dil, çene, burun, yanaklar muayene ile iyi değerlendirilmelidir. Böyle bebeklerde sık görülen otitis media ve solunum yolu enfeksiyonlarının azalmasında anne sütü etkilidir (Genna, 2017; Saner ve diğerleri, 2010). Aynı zamanda bebekte ankiloglossi (dil bağı) varlığının olması, bebeğin emmesini ve yutmasını zorlaştırabileceği için beslenmeyi olumsuz etkiler. Bebek meme başına doğru şekilde yerleşmemesi, meme başı çatlakları/ağrı/tıkalı süt kanalı/mastit/sütün yeterince boşalamaması gibi sorunlara da neden olur (Buryk ve diğerleri, 2011).

Bazı durumlardan dolayı bebek memeyi reddedebilir. Bu durumları doğumda anneye verilen sedatif ekili ilaçlar, emzik ve biberon kullanma, bebeğin burnunun tıkanık olması, oral moniliazis, yanlış teknikte emzirme şeklinde sıralayabiliriz (Taşkın, 2016). Ayrıca yenidoğanda , anne sütüyle beslenmenin az olmasından kaynaklı fizyolojik sarılık görülebilir. Böyle bir durumda bebeğin yeterli miktarda anne sütü alması için emzirme devam ettirilmelidir (Schwartz ve diğerleri, 2012). Bununla beraber yenidoğanda oluşabilecek diğer sarılık nedenleri yönüyle de dikkatli olunmalıdır. Eğer etkin fototerapiye rağmen bilirubin düzeyi 17-18 mg/dl seviyesinde seyrediyorsa, 24 saat emzirmeye ara verilmesiyle, bilirubin düzeyindeki düşüş tanı koymada ayırıcıdır (Can ve diğerleri, 2010).

Bebekler için, anne sütü kontraendike olan metabolik hastalıklar vardır. Galaktozemi, galaktoz metabolizması bozuklukları, hiperlipidemi tip I, abetalipoproteinemi, üre silusu enzim eksikliği durumlarında bebek anne sütüyle beslenmez. Fenilketonüride kısmen verilirken, rozinemi Tip I, II ve III, maple syrup urine hastalığı, homosistinüri, valerik, metilmalonik ve izovalerik asidemilerde ise; anne sütü ile beslemenin yapıldığı metabolik hastalıklardır (Gür, 2007).

2.2.3.3. Emzirmeye Ait Sorunlar

Herhangi tıbbi gerekçe ile bebeğin ya da annenin yoğun bakım gibi takip gerektiren bir bölümde yatması gerekirse, anne ve bebek ayrılır. Böyle bir durumda anne sütü sağılarak bebeğe verilmelidir. Anne sütü bebek için gerekli olan tedavinin etkinliğine katkıda bulunur (Atıcı ve diğerleri, 2007).

Emzirme eyleminin odak noktası bebek olmasına rağmen, anne-bebek çift olarak kabul edilir. Anne ve bebek arasında var olan anatomik sorunlar bebeğin emmeye olan uyumunu

etkiler. Bu sebeple annenin memelerinin durumu da dikkate alınmalıdır. Annenin orta derecede meme hipoplazisinin olduğu bir durumda, azimli bir bebek reddeden bebeğe göre daha az problem yaşayabilir. Tanner ölçeğine göre evre 4 (büyük meme) memeler, bazı bebekler için avantaj iken, bazı bebekler için dezavantaj olabilir. Anne meme başının şekli emzirme üzerine etkileri olabilir. Meme başının düz ya da içe dönük olması dil bağı veya hipotonik bebek için dikkat çekici iken, meme başının büyük olması hiperaktif öğürmesi olan bebek için zorlayıcı bir durum olabilir (Genna, 2017). Yapılan bazı çalışmalarda, düz meme ucu/çökük meme ucu sorunlarından dolayı bebeklere erken ek gıdaya başlandığı bildirilmiştir (Mekuria ve Edris, 2015).

Doğum öncesi süreçte düz ve çökük meme başları tespit edilmelidir. Bu tip meme başları doğumdan sonra tensel temasın ve emzirmenin başlamasına engel olmamalıdır. Bebek memeye desteklenmiş bir pozisyonla yerleştirilirse, bu meme uçlarında bebek zorluk çekmez. Anneye bu konuda eğitim verilmeli, bebeğin meme ucunu değil, memeyi emdiği ve emdikçe de basıyla meme ucunu belirginleştireceği anlatılmalıdır. Meme başı, piston yönü değiştirilmiş enjektör, meme başlığı gibi aletler kullanılarak belirginleştirilebilir. Doğumdan sonra meme ucu masajı da yapılabilir. Fakat gebelikte bu masaj erken doğuma neden olacağı için önerilmez (Taşkın, 2016; ABM, 2010; WHO, 2004).

Yapılan çalışmalarda, emziren anneler %34-99 oranında ağırlı ve çatlak meme başı problemi ile karşılaştıklarını söylemişlerdir. Bu sorunu daha çok ilk bebeği olan annelerin doğumdan sonra 5-10 gün içindeki süreçte yaşadıkları saptanmıştır (Jain ve diğerleri, 2009). Bir başka çalışmada ise, günde 5 defadan az ve günde 6-10 defa emziren anneler karşılaştırıldığında, 6-10 defa emzirenler (%39, 2), günde 5 defadan az emzirenlere (%82, 9) göre daha az emzirme sorunu yaşamışlardır (Gerd ve diğerleri, 2012).

Bebek ya da anneden kaynaklı bir sebeple memelerdeki süt boşaltılamazsa, annede süt salgısı azalır. Doğum sonu emzirmeye başlama ve sürdürme zamanının yetersiz olması, mastit, apse, yanlış emzirme tekniği, ağrı gibi sebeplerle süt salgılanması azalır (Maonga ve diğerleri, 2016; Bergmann ve diğerleri, 2014). Ayrıca annenin sütünün yetersiz olduğunu ve bebeğinin doymadığını düşünmesi de yetersiz süt oluşumuna neden olur (Maonga ve diğerleri, 2016; Haider ve diğerleri, 2010).

Emziren kadınlarda, doğumdan sonra ilk 36 saatte memede süt hacminin, kan ve lenf akımının artması, memede dolgunluk olarak ifade edilir (Boskabadi ve diğerleri, 2014). Memeden sütün boşaltılamaması, süt kanallarında ve alveollerde sütün birikerek memelerde

tıkanıklık oluşmasına sebep olur. Annede sütün çok olması, bebeğin geç emzirilmesi, bebeğin memeye doğru yerleşmemesi memelerde sütün birikmesi, meme dolgunluğu ve tıkanıklığının sebepleri olarak bilinmektedir (Şen ve diğerleri, 2013).

Annede bebeğin tüketim kapasitesinin üzerinde süt salgılanması (hipergalaktia/hiperlaktasyon), durumunda, bebek yüksek laktoz düşük yağ içerikli süt ile beslenir. Bu sebeple bebekte, gaz ve kolit oluşumu, emilim bozukluğu, sık ve çok defekasyon, dermatit, çok sütün olmasına karşın, bebekte az kilo alımı görülür. Hipergalaktianın en temel nedeni, annenin bir memesini boşaltmadan diğer memesini bebeğe vermesidir. Eğer emzirme sonunda memeler boşalmıyorsa, sağılarak bir miktar boşaltılmalı ve emzirme başlatılmalıdır. Bunun amacı, bebeğin yağca zengin sütü emmesini sağlamaktır (Trimeloni ve diğerleri, 2016).

Emzirmeye ait diğer bir faktör de gestasyonel yaştır. Bebeğin beslenmeye olan uyumunu değerlendirmek için yardım veren sağlık çalışanı, bebeğin oral davranışlarını, emme, yutma ve solunum hareketlerini gözlemlemelidir. Gestasyon yaşı küçük olan bebeklerde, kas tonüsü, solunum kapasitesi ve nörolojik yetilerdeki azalmadan dolayı emzirme olumsuz etkilenebilmektedir. Bu bağlamda emme ve yutma açısından riskli olan bebekler iyi tanımlanmalıdır. Bu bebekler ebe tarafından uygulanacak olan gözlemsel tarama ölçekleri (LACTH Emzirme Değerlendirme Aracı, Bebek Emzirme Değerlendirme Aracı) ile değerlendirilmelidir (Genna, 2017).

Bebek emdiği sırada nefes alma, emme-yutma eylemini koordinasyon içinde yapmasına engel olan durum fazla süt akımı (hiperaktif let down) olarak ifade edilir. Emzirmeden önce anne süt akımı normale dönünceye kadar sağlamalı ve sonrasında bebeği emzirmelidir (Boskabadi ve diğerleri, 2014).

2.3. Doğum Sonu Dönemde Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesi

Emzirme normal bir bebeğin beslenme şeklidir. Birçok bebeğin emzirilmesi yenilikçi durumlara açıktır ve çevresel faktörlerin doğru sıralanmasıyla ilgilidir. Aslında tamamen doğal doğumlardan sonra annelerin karnına yerleştirilen bebekler, kendileri sürünerek memeyi bulup, etkili olarak kavrayıp doğru bir şekilde de emebilirler (Gerçek ve diğerleri, 2017). Aksi durumlarda ise annenin sütünü verirken dikkat etmesi gereken en önemli nokta, bebeğin memeye yerleşme şeklidir. Memeye doğru yerleşmiş bebekte, emzirme esnasında

meme zedelenmez. Anne emzirirken değişik Őekillerde bebeği tutabilir. Hangi Şekilde tutarsa tutsun bebek tüm vücuduyla memeye tamamen dönük olmalı ve burnu meme başı hizasında olmalıdır. Aynı zamanda anne elini bebeğin arkasından geçirerek bebeğin baŐını desteklemelidir. Bebek emerken, bebeğin ağzı tam açık, meme olabildiği kadar bebeğin ağzının iini doldurmuŐ ve bebeğin çenesi annenin memesine dayanmıŐ, bebeğin alt dudağı dıŐa doğru bükülmüŐ olmalıdır. Bebeğin ağzının içinde sadece memenin ucu değil meme ucunun çevresi (areola) de olmalıdır. Meme bebeğin ağzına doğru olarak yerleŐmiŐse, her emme eylemi esnasında bebeğin çenesinin bazen de kulaklarının hareket ettiği gözlemlenir. Bebek devamlı olarak ememez ve kuvvetli emme eylemlerinden sonra kısa dinlenme molaları yapar. Bebek emerken Őapırtı sesi duyulmamalı, aksi taktirde duyulan bu sesler bebeğin sadece meme ucunu emdiğinin, memeyi tam olarak kavrayamadığının göstergesidir.

Emzirmeye zaman sınırlaması konulmamalıdır. Bebek her istediğinde emzirilmelidir. Çünkü gün içerisinde emzirme süreleri değişken olabilir. Emmenin sıklığı bebekten bebeğe göre de farklılık gösterir. Bebek ağzını açarak veya aranarak ya da ağlayarak emmek istediğini belli eder. Doğumdan sonrak ilk haftalarda emzirme aralıkları bir, iki saat gibi kısa zaman dilimlerinden oluşabilir. Fakat, emzirmenin sürdürülmesiyle süt miktarı artacağından, kısa dilimli beslenme zamanları uzayacaktır. Ne kadar çok emme eylemi olursa, daha fazla uyarı verilir ve daha çok süt salgısı oluŐur (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2015). Emmeyi kendiliğinden bırakıncaya kadar memede uyuyan bebekler, memeden ayırılıp yerine yatırılmak istendiğinde yeniden emmeye baŐlarsa yeterli süt alamamıŐ olabilirler. 40 dakikadan fazla olan emzirme süreleri, bebeğin etkisiz beslendiğinin göstergesidir (Gerçek ve diğerleri, 2017).

Başarılı bir Şekilde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. İlk kez 2019 yılında sivil toplum örgütleri, niversiteler, UNICEF ve Türkiye'nin içinde bulunduğu "Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi" tarafından emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi amaçlı, sağlık kuruluŐlarına öneriler ve ulusal düzeyde önerilerden bahsedilmiŐtir (UNICEF, 2019). Kongreye göre sağlık kurumlarına tavsiyeler Şu Şekildedir:

- Vajinal doğum desteklenmelidir.
- Anne ve bebek için herhangi bir sağlık sorunu olmadığı sürece, doğum olur olmaz anne ve bebeğin ten teması sağlanmalıdır.
- Doğumdan hemen sonra ilk bir saat içerisinde emzirme başlatılmalıdır.

- Anneye taburculuktan önce hastanede danışmanlık verilmeli ve bebeğin emzirme muayenesi yapılmalıdır.
- Taburculuk esnasında D vitamini takviyesi başlanmalıdır.
- Taburcusu yapılan bebeklerin hastaneden çıktıktan 2-3 gün sonra muayeneye getirilmesi söylenerek emzirme ve hidrasyon durumları kontrol edilmelidir.
- Anneye emzirmek için belli bir saat olmadığı, bebek her istediğinde emzirmesi ve doğumdan sonra ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütü vermesinin desteklenmesi sağlanmalıdır.
- Bebeğe hiçbir şekilde emzik ve biberon verilmemelidir.
- Babanın ve anneye yardım veren diğer bireylerin de emzirme danışmanlığı eğitimlerine katılımı sağlanmalıdır.
- Çalışma hayatı olan anneler için süt sağımı ve sütün saklama koşulları hakkında eğitim verilmelidir.
- Annelere ek gıdaya doğumdan sonra 7. ay itibariyle geçebilecekleri söylenmeli ve bebeğin emzirilmesinin 2 yıl ve sonrasında kadar sürdürülüp gelişim izlemi yapılmasının önemi anlatılmalıdır (Yalçın, 2017; Erkul ve diğerleri, 2010; Yalçın ve diğerleri 2014; İnce ve Diğerleri, 2010; Çaylan ve Yalçın, 2020).

Ulusal düzeydeki tavsiyeler ise şu şekilde sıralanmaktadır:

- En kısa zamanda Mama Kodu yasa halini almalı ve Mama Kodu izleme sistemi ulusal boyutta oluşturulmalıdır.
- Mama Kodu ile ilgili bilgi, emzirme, ek gıda beslenmesi hakkında sağlık personeline hizmet içi eğitimler verilmeli ve sürdürülmelidir.
- Sağlık kurumları içerisinde bebek dostu unvanı alan hastaneler desteklenmeli ve BDHG kalite programları ile kriterlerin sürekliliği sağlanmalıdır.
- Toplumda emzirmeye teşviki sağlamak için sağlık bakanlığı, diğer kurum ve kuruluşlar birlikte hareket etmelidirler (anne sütü ve emzime reklamı, sosyal medya vs.).
- Anne aile ve toplumun emzirme konusunda birlik olması desteklenmeli ve sivil toplum örgütlerinin katılımı sağlanmalıdır (Çaylan ve Yalçın, 2020)

2.4. Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesinde Ebeğin Rolü

Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinin birçok etkenden değişebileceği dünyadaki ve yerel çalışmalarda görülmüştür. Emzirme sorunlarının bu konuda eğitim almış sağlık profesyonellerince danışmanlık verilerek giderilmesi gereklidir. Resmi gazetede 2014 yılında yayınlanan mevzuata göre ebeğin bakım verme, karar verme, eğitim verme, liderlik, danışmanlık gibi pek çok rolü vardır (Resmi gazete, 2014; Gedük, 2018). Ebeğin anne ya da bebek ile ilgili bir emzirme sorunu yaşandığında ilk danışılan kişiler olarak, emzirmenin başlatılmasında ve sürdürülmesindeki rolleriyle annenin emzirme durumunu iyi yönde etkileyebilir (Cohen ve diğerleri, 2018; Oktar ve diğerleri, 2018; Bazzano ve diğerleri, 2016; Hallowel ve diğerleri, 2014).

Ebeğin gebelik döneminde kadınların meme muayenesini yaparak, oluşabilecek meme sorunlarını (çatlak, enfeksiyon ağrı, düz/çökük meme başı vb.) saptamalı, doğumdan sonra meme ucu masajını uygulamalı ve öğretmelidir. Ebeğin, kadınların ihtiyaçlarına göre doğum öncesi ve sonrası süreçte, anne sütü ve emzirmenin önemini, bebek ve anne için faydalarını, nasıl emzireceğini, emziren anne beslenmesi gibi konuları içeren geniş kapsamlı eğitim ve danışmanlık vermelidir (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2015; Tiruye ve diğerleri, 2018; Balcı ve Göynüner, 2015). Ebeğin doğum sonrasında anne ve bebeğin rutin muayenesinde emzirmeyi gözlemlemeli ve tespit ettiği sorunları çözümlayebilmelidir (Fındık ve diğerleri, 2015). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı yayınlı Emzirme Danışmanlığı El Kitabı'na göre; ebeğin, bebek doğduktan hemen sonra, ilk yarım saatlik süre içerisinde emzirmenin başlatılmasını sağlamalı ve emzirme eylemini gözlemlemelidir. Yapılan gözlem sonucunda, problem tespit edilmişse, anneye yardımcı olmalıdır. Gerekli gördüğü konularda (emzirme teknikleri, meme bakımı, başarılı emzirme vb.) anneye eğitim ve danışmanlık vermelidir. Aynı zamanda ebeğin eğitim ve danışmanlık yaparken, emzirme konusunda anneye destek olabilecek eş, aile bireyi, akraba gibi kişileri de eğitime dahil etmelidir (Cangöl ve Şahin, 2014; Wans ve diğerleri, 2018).

Verilere bakıldığında doğumdan hemen sonra emzirme oranlarının yüksektir. Ancak bu durum annenin sütünün yetmediğini düşünmesi, memelerdeki ağrı/hassasiyet/meme başı çatlakları gibi sebeplerden dolayı emzirmenin devamlılığını engellediği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2015). Bu sebeple ki, doğumdan sonra annenin emzirme durumu takip edilmelidir. Çünkü hastanede yatış süresi fazla olmadığı için

yeterli eğitim ve danışmanlık yapılamamaktadır. Bundan dolayı ebeler anne hastaneden taburcu olduktan sonra da, gerek telefon görüşmeleri, gerekse ev ziyaretleri ile anneyi izlemeyi devam ettirmelidir. Bu sayede anne başarılı emzirmenin devamlılığını sürdürme başarısı elde eder (Uscher ve diğerleri, 2017).

Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan anneler karşılaştırıldığında, sezaryenli annelerin emzirirken daha çok sorun ve zorluk yaşadıkları, bu sebeple desteğe daha çok ihtiyaçları olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (Isik ve diğerleri, 2018; Kiani ve diğerleri, 2017). Sezaryen doğum yapan anneler, ten temasının ve emzirmenin doğumdan sonraki yarım saatte başlatılması için cesaretlendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Bebek ve anne hazır olduğunda, sezaryen doğum yapan anne en rahat olacağı pozisyonu alarak emzirmelidir. Anne ve bebek aynı odada kalmalıdır. Anne anestezi nedeniyle uyuyorsa, ebe ya da refakatçi kişi yardımıyla bebek emzirtilmelidir. Bebeğin emmesi için annenin uyanık olmasına gerek yoktur. Çünkü bebek memeyi kendisi bulur, yakalar ve emer (Anne Sütü ve Emzirme Rehberi, 2016).

Sezaryen olan annelerin emzirirken daha çok desteğe ihtiyacı olabilir. Sezaryen olmuş anneye emzirme pozisyonu verilirken, bebek damaryoluna uygun şekilde yerleştirilmelidir. Anne yan yatar pozisyona döndürülmelidir. Bu pozisyon ilk saatlerde ağrının azalmasına yardımcı olur. Bebek annenin vücuduyla paralel şekilde ya da anne dik oturabiliyorsa, yara yeri korunacak şekilde yastıklarla desteklenerek emzirtilmelidir (Anne Sütü ve Emzirme Rehberi, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, analitik-kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Denizli Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde gerçekleştirilmiştir. Denizli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği üç bölümden oluşmaktadır. Gebe ve lohusalar için 1. kattaki servis 28 yataklıdır. Ayrıca 8 yataklı doğum odası ve 4 odadan oluşan ameliyathane de yan yana olarak bu kattadır. Kadın hastalıklarından takip ve tedavi olanların bulunduğu jinekoloji servisi ise 3. kattadır ve 22 yataktan oluşmaktadır.

3.3. Araştırma Zamanı

Bu araştırma 09 Aralık 2019- 09 Aralık 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Denizli Devlet Hastanesi'nde 2018 yılında sezaryen doğum yapmış 1390 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme Epi-info Statcale Programıyla, evren büyüklüğü 1390, güven aralığı %95 alınarak ve Karaçam ve Sağlık (2018)'in yapmış oldukları çalışmada kadınların emzirme sorunu yaşama sıklığı %24, 5 dikkate alınarak hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamada örneklem sayısı 236 kadın bulunmuştur. Olası vaka kayıpları da dikkate alınarak örneklem sayısı %10 arttırılıp toplam 260 kadına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılacak kadınlar gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

Bu çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen ve annelerin emzirme başarısı puanı üzerinde üç bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizinde elde edilen R^2 : .54 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan posthoc güç analizinde etki büyüklüğü f^2 : 1, 17 (büyük/geniş etki) ve güç 1, 00 (%100) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

Bu araştırmanın diğer primer sonucu kabul edilen ve annelerin emzirme tutum puanı üzerinde üç bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizinde elde edilen R^2 : .24 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f^2 : , 32 (orta etki) ve güç 1, 00 (%100) bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınma (dahil edilme) kriterleri;

- Sezaryen ile miadında doğum yapan,
- Tek bebeği olan,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen kadınlar dahil edilmiştir.

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Vajinal doğum yapmış olan,
- Doğumdan sonra herhangi bir sebeple bebeğinden ayrı olan,
- Bebeğine emzirmeye ya da anne sütü ile beslenmeye engel oluşturabilecek herhangi bir cerrahi işlem uygulanmış olan,
- Bebeğinde doğumsal anomali bulunan,
- Emzirme kontraendikasyonu olan,
- Emzirmek istemeyen ve verilerin toplanmasına engel olabilecek fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı olan kadınlar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması için Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-I) ve LACTH Emzirme Tanılama Ölçeği (Ek II) ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği (ETDÖ) (Ek III) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek I)

Tanıtıcı bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup, üç bölüme ayrılmıştır (Kurnaz, 2014; Koç, 2014; Aslan, 2016). Birinci bölüm, kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren 9 (yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, eş, gelir gider durumu), ikinci bölüm obstetrik özelliklerini içeren 9 (kaçıncı gebelik, kaçınıcı doğum, önceki doğum şekli, istenen gebelik olma durumu) ile üçüncü bölümde yer alan postpartum dönem ve emzirme bilgilerini içeren 15 (hastanede kalma süresi, ağrı, emzirme eğitimi alıp almaması, emzirme eğitimi kimden aldığı, emzirme sorunu yaşayıp yaşamadığı) sorudan oluşmuştur.

3.6.2. LACTH Emzirme Tanılama Ölçeği (Ek II)

Ölçek ilk defa 1986 yılında skorlama şekli yönünden APGAR skorlama sistemine benzetilerek kullanılmıştır. LACTH Emzirme Tanılama Ölçeğinin güvenilirliği Adams ve Hewel'in 1997 yılında yaptığı çalışmayla saptanmıştır. Aynı çalışmada ölçeğin uyum yüzdesi %94.4 olarak belirlenmiştir. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Koyun tarafından 2001 yılında yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0, 93 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği 1. gözlem cronbach alfa değeri 0, 64 ve 2. gözlem Cronbach alfa değeri 0, 71 olarak bulunmuştur.

LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinin değerlendirmesi 5 kriterinden oluşmaktadır ve "LATCH" bu beş kriterin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Ölçeğin maddeleri şu şekilde sıralanmıştır.

- L : Memeyi tutma (LATCH on breast)
- A : Bebeğin yutma hareketlerinin görülmesi (Audible Swallowing)
- T : Meme ucunun tipi (Type of nipple)
- C : Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast / nipple)
- H : Bebeği tutuş pozisyonu (Hold)

Her kritere 0-2 puan arasında puan verilir. Toplamda alınabilecek en çok 10 puan olan ölçekte, LATCH puanı yükseldikçe emzirme başarısı yükselir. Ölçek araştırmacı tarafından gözlem yapılarak işaretlenmektedir (Hamelin ve diğerleri, 2000; Riordan, 1998; Jensen ve diğerleri, 1994; Adams ve Hawell, 1997).

3.6.3. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği (ETDÖ) (Ek III)

Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği 1999 yılında Arslan tarafından, doğum yapan annelerin emzirme tutumlarını değerlendirmek için geliştirilmiş 46 sorudan oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Aynı ölçek 2015 yılında yine Arslan tarafından güncellenmiş ve son şekli verilmiştir. Araştırmada ölçeğin son şekli kullanılacak olup, ölçek 22 adet olumlu, 24 adet olumsuz ifade içeren toplam 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 3, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 19, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 42, 43. maddeler olumlu tutum olarak tamamen katılıyorum 4-3-2-1-0 şeklinde puanlama ve diğer 1, 2, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 44, 45, 46. maddeler olumsuz tutum kabul edilerek, tamamen katılıyorum 0-1-2-3-4 olarak ters puanlama yapılmaktadır. Olumlu maddelerin puanı 88, olumsuz maddelerin puanı 96 olmakla birlikte toplam puan 184'tür. Puanın yükselmesi emzirme tutumunun pozitif yönde olduğunu göstermektedir. Ölçek kendini bildirim özelliğinde olduğu için araştırmaya dahil edilen kadınlar tarafından doldurulmuştur. Arslan (2015) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan ölçüm aracının Cronbach alfa değeri 0,63'tür ve çalışmamızda ise Cronbach alfa değeri 0.84 olarak saptanmıştır.

3.7. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından düzenlenen kişisel bilgi formu, geçerlilik ve uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla kadın ve doğum sağlığı hastalıkları hemşireliği alanında uzman 10 öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınarak oluşturulmuştur. Öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmış ve tanıtıcı bilgi formunun anlaşılabilirliğini belirlemek için 10 lohusaya ön görüşme uygulanmıştır. Ön görüşmeye katılan lohusalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında; sezaryen doğum yapan kadınlardan şans faktörüne bağlı olarak gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan lohusalarla tanışılmış, araştırmayla ilgili bilgi verilmiş ve araştırmaya gönüllü olan kişilerle görüşülmüştür. Görüşmeler araştırmanın yürütüldüğü hastanenin lohusa servisinde, doğum yapan kadınların kendi odalarında yapılmış ve ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Araştırmanın Tanıtıcı Bilgi Formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından, ETDÖ ise kendini bildirim özelliğinde olduğu için kadınlar tarafından doldurulmuştur. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği araştırmacı tarafından iki ayrı zamanda gözlem yapılarak işaretlenmiştir. LACTH Emzirme Tanılama Ölçeği postpartum dönem 24-48 saatleri arasında, annenin farklı iki emzirme periyodu gözlemlenerek araştırmacı tarafından puanlandı.

3.9. Verilerin Analizi

Çalışmanın verilerinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma tanımlayıcı istatistikler olarak verilmiş olup, sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiştir. Yaşayan çocuk sayısı (Skewness: 1.07, Kurtosis: 4.08) ve bebeği ilk kucağa alma süresi değişkenlerinin (Skewness: 2.11, Kurtosis: 6.51) normal dağılıma sahip olmadığı ve diğer sayısal değişkenlerin normal dağılımda olduğu (Skewness .03 ile .36 arasında, Kurtosis -.68 ile .12 arasında) belirlenmiştir. Bağımsız değişkenlere göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeğinin puan

ortalaması arasındaki fark karşılaştırılmış ve iki grulu değişkenlerde örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi ($n < 30$), üç ve daha fazla grulu değişkenlerde gruplardaki örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda tek yönlü varyans (ileri analizi Tukey HSD) ve Kruskal Wallis testi kullanılmış olup ve sayısal değişkenler ile ölçek puanları arasındaki ilişki normal dağılım özelliğine göre Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Annelerin emzirme başarısı ve emzirme tutum puanı üzerine birincil analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (backward yöntemi) ile değerlendirilmiş ve önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği her bir lohusa için araştırmacı tarafından farklı zamanlarda iki ayrı gözlem yapılmıştır. Yapılan analizlerde ise bu iki gözlemin ortalama puanı kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan veriler kadınların öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle elde edilen veriler sadece araştırmaya katılan kadınları temsil etmektedir.

3.11. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın tanıtıcı bilgi formunun doldurulması ve LACTH Emzirme Tanılama Ölçeği puanlanırken gözlem aşamasında (görüşme sırasında) kadınların bebeklerinin ağlaması, hasta odalarında başka hastaların ve refakatçilerin bulunması veri toplama sürecinin kesintiye uğramasına neden olmuştur.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.10.2019 tarihinde ön onay (Protokol No: 2019/052) verilmiştir (Ek 5). Araştırmanın Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı faaliyet gösteren Denizli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde gerçekleştirilmesi için Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden 08.12.2019 tarihinde yazılı izin alınmış ve karşılıklı protokol imzalanmıştır (Ek 6). Çalışma grubundaki kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onayları alınmıştır.

Çalışmaya dahil olan tüm kadınlara araştırmaya katılımın zorunlu olmadığı ifade edilmiştir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.06.2022 tarihinde son onay (Protokol No: 2019/052) alınmıştır (Ek 6).



4. BULGULAR

Araştırma bulguları, sezaryen doğum yapan kadınların tanımlayıcı ve obstetrik özellikleri, LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ'ne ilişkin özellikleri kıyaslanarak sunulmuştur.

Tablo 1. Annelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n: 260).

Özellikler	Min. ve Max.	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	19-43	30,07±5,41
	n	%
Yaş grupları		
19-26 yaş	72	27,7
27-34 yaş	129	49,6
≥ 35 yaş	59	22,7
Eğitim düzeyi		
İlkokul	57	21,9
Ortaokul	76	29,2
Lise	76	29,2
≥ Üniversite	51	19,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	84	32,3
Çalışmıyor	176	67,7
Çalışılan meslek (n: 84)		
Memur	23	27,4
İşçi	52	61,9
Serbest meslek	9	10,7
Eşin eğitim düzeyi		
İlkokul*	57	21,9
Ortaokul	73	28,1
Lise	82	31,5
≥ Üniversite	48	18,5
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	234	90,0
Çalışmıyor	26	10,0
Eşin mesleği		
Memur	35	15,0
İşçi	158	67,5
Diğer**	41	17,5
Sosyal güvence		
Var	230	88,5
Yok	30	11,5
Gelir durumu algısı		
Gelir giderden fazla	35	13,5
Gelir gidere eşit	125	48,0
Gelir giderden az	100	38,5

* 2 kişi okuryazar değil.

**Eşin mesleği "diğer"; çiftçi: 2 kişi, serbest meslek: 26 kişi, diğer: 13 kişi

Tablo 1’de annelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Anne yaşının en az 19, en çok 43 yaş ve ortalama yaşın $30,07 \pm 5,41$ olduğu saptanmıştır. Katılan annelerin eğitim düzeyleri ise; %21,9’u ilköğretim, %29,2’si ortaokul, %29,2’si lise, %19,7’si üniversite ve üstüdür. Bu annelerin %32,3’ü çalışırken, %67,7’si çalışmamaktadır. Çalışan anneler %27,4 memur, %61,9 işçi, %10,7 serbest meslek yaptıklarını söylemişlerdir. Kadınların eşlerinin eğitim durumlarına baktığımızda %21,9’u ilköğretim, %28,1’i ortaokul, %31,5’i lise, %18,5’i ise üniversite ve üstüdür. Eşlerin %90’ı çalışırken, %10’u çalışmamaktadır. Çalışan eşlerin %15’i memur, %67,5’i işçidir. Annelerin %88,5’inin sosyal güvencesi varken, %11,5’inin sosyal güvencesi yoktur. Gelir durumu algısı olarak ise %48,0’ı gelir gidere eşit olarak ifade ederken, %38,5’i gelir giderden az şeklinde ifade etmişlerdir.

Tablo 2. Annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n: 260).

Özellikler	Min. ve Max.	$\bar{x} \pm SS$
Toplam gebelik sayısı	1-9	2,66 \pm 1,34
Canlı doğum sayısı	1-8	2,28 \pm ,97
Yaşayan çocuk sayısı	1-8	2,28 \pm ,97
Düşük sayısı (n: 66)	1-4	1,33 \pm ,66
Ölü doğum sayısı (n: 10)	1-2	1,10 \pm ,32
Doğum sayısı	1-8	2,33 \pm 1,02
Hastanede yatış süresi (gün)	1-5	1,67 \pm ,65
Bebeği ilk kucağa alma süresi (dakika)	15-480	77,42 \pm 64,56
	n	%
Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli (n:215)		
Sezaryen	164	76,3
Vajinal doğum	33	15,3
Düşük	18	8,4
Daha önce sezaryenle doğum yapma		
Evet	175	67,3
Hayır	85	32,7
İstenen gebelik olma durumu		
Evet	232	89,2
Hayır	28	10,8
Uygulanan anestezi şekli		
Genel anestezi	138	53,1
Spinal	122	46,9

Tablo 2’de annelerin obstetrik özellikleri verilmiştir. Annelerin toplam gebelik sayısı ortalaması 2,66 \pm 1,34 iken, canlı doğum sayısının ortalaması 2,28 \pm ,97’dir. Düşük sayısı ortalamaları, 1,33 \pm 0,66, ölü doğum sayısı ortalaması ise, 1,10 \pm 0,32’dir. Hastanede yatış süresi ortalama gün sayısı 1,67 \pm ,65 olarak bildirmişler ve bebeği ilk kucağa alma ortalama

süre dakika olarak 77, 42±64, 56 olduğunu söylemişlerdir. Katılan annelerin %76, 3'ünün bir önceki gebeliği sezaryen, %15, 3'ünün vajinal ve %8, 4'ünün düşükle sonlandığı tespit edilmiştir. Annelerin %67, 3'ü ise daha önce sezaryen doğum yaptıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %89, 2'si istenen/planlı gebelik olduğunu, %10, 8'i istenen/planlı olmadığını ifade etmişlerdir. Annelere uygulanan anestezi şeklinin %53, 1 genel anestezi, %46, 9 spinal anestezi olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Annelerin doğum sonu dönemde emzirmeye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n: 260).

Özellikler	Min. ve Max.	$\bar{x} \pm SS$
Doğum öncesi emzirme eğitimi alma		
Evet	202	77, 7
Hayır	58	22, 3
Doğum sonu sağlık personelinde anne sütü ve emzirme konusunda bilgi alma		
Evet	172	66, 2
Hayır	88	33, 8
Bebeği ilk emzirme zamanı		
Doğumdan hemen sonra	63	24, 2
İlk yarım saat içinde	96	36, 9
31-60 dk içinde	77	29, 6
≥ 61 dk	24	9, 2
İlk emzirmede sağlık personelinde destek alma		
Evet (Ebe/hemşire+ Öğrenci ebe/hemşire)	243	93, 5
Hayır	17	6, 5
Bebeğin ilk besini		
Anne sütü	244	93, 8
Formül mama	16	6, 2
İlk beslemede formül mama verme nedeni (n: 16)		
Sütün gelmemesi	14	87, 5
Bebek emmedi	1	6, 3
Düz/çökük meme ucu	1	6, 3
Taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli eğitim/destek alma		
Evet	212	81, 5
Kısmen/Hayır	48	18, 5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, yüzdeler 260 kişi üzerinden verilmiştir.

Tablo 3'de annelerin obstetrik ve bebeğe ilişkin özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan 260 anneden %77, 7'si doğum öncesi emzirme eğitimi almıştır. Doğum sonu sağlık personelinde anne sütü ve emzirme hakkında bilgi alma oranı %66, 2'dir. Bebeği ilk

emzirme zamanına bakıldığında %24, 2'si doğumdan hemen sonra, %36, 9'u ilk yarım saat içerisinde, %29, 6'sı 31-60 dk içerisinde, %9, 2'si 61 dk ve üzeri olarak bildirilmiştir. Annelerin %93, 5'i ilk emzirmede sağlık personelinden destek aldığını ifade etmişlerdir. İlk besin olarak bebeğe anne sütü verme oranı %93, 8, formül mama verme oranı ise %6, 2'dir. İlk beslemede formül mama verme nedeni olarak sütün gelmemesi (%87, 5), bebeğin emmesi (%6, 3), düz/çökük meme ucu (%6, 3) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %81, 5'i taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli destek ve eğitim aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4. Annelerin emzirmede yaşadıkları sorunlara ilişkin özelliklerin dağılımı (n: 145).

Özellikler	n	%
Emzirirken sorun yaşama		
Evet	145	55, 8
Hayır	115	44, 2
Emzirmede yaşanan sorun*		
Sütüm gelmedi	76	52, 4
Düz/çökük meme ucu	21	14, 5
Sezaryen sonrası ağrı	46	31, 7
Ebe/hemşireden yeterli destek ve yardım alamama	4	2, 8
Rahat olmayan emzirme pozisyonu	31	21, 4
Diğer**	11	7, 6
Yaşanan sorundan dolayı emzirmeye ara verme		
Evet	4	2, 8
Hayır	141	97, 2
Sorunla baş ederek emzirmeyi devam ettirme düşüncesi		
Evet	142	97, 9
Kısmen/Hayır	3	2, 1
Emzirme sorunu karşısında en çok destek veren kişi		
Ebe/hemşire	82	56, 6
Stajyer öğrenci	5	3, 4
Aile	58	40, 0
Sorundan dolayı ebe/hemşire tarafından yeterince yardım/destek alma		
Evet	126	86, 9
Kısmen/Hayır	19	13, 1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, yüzdeler 145 kişi üzerinden verilmiştir.

** Bebek memeyi tutmadı/emmedi, meme başı yarası oluştu, bebek kustu, bebeğin çenesi güçsüz olduğu için emmede güçlük

Tablo 4’de annelerin emzirmede yaşadıkları sorunlara ilişkin özelliklerin karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırmaya katılan 260 anneden, 145’i emzirmede sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Anneler emzirmede yaşanan sorun olarak ilk sırada %52, 4 oranında sütün gelmemesi, ikinci sırada ise, %31, 7 ile sezaryen sonrası ağrı olarak bildirmişlerdir. Yaşanan diğer sorunlar ise sırasıyla, rahat olmayan emzirme pozisyonu (%21, 4), düz/çökük meme ucu (%14, 5) ve diğer sorunlar şeklinde belirtilmiştir.

Sorun yaşayan annelerin %97, 2’si emzirmeye ara vermezken, %2, 8’i emzirmeye ara verdiklerini belirtmişlerdir. Annelerin %97, 9’u sorunla baş edebileceklerini düşünmektedirler. Yaşanan sorun karşısında en çok %56, 6 ile ebe/hemşire, %40 ile aileden destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanları (n: 260).

Ölçek	Alınabilecek en düşük ve en yüksek puan	Alınan en düşük ve en yüksek puan	$\bar{x} \pm SS$
LATCH Toplamı (iki gözlem ortalaması)	00, 00-10, 00	3, 50-9, 50	7, 21±1, 27
LATCH 1. gözlem	00, 00-10, 00	3, 00-9, 00	6, 46±1, 33
LATCH 2. gözlem	00, 00-10, 00	4, 00-10, 00	7, 97±1, 31
ETDÖ Toplamı	00, 00-184, 00	67, 00-176, 00	118, 70±19, 30

Çalışma grubundaki annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları en düşük ve en yüksek puan ve puan ortalamaları Tablo 5’de verilmiştir. Tabloya göre; LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği’nden alınabilecek puan 00, 00-10, 00 arasındadır. Bu çalışmada LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği’nin iki gözlem ortalaması 7, 21±1, 27 olarak bulunmuştur. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği’nden alınabilecek puan ise 00, 00-184, 00 aralığındadır. Bu çalışmadaki Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçek puan ortalaması 118, 70±19, 30 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6. Annelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	n	LATCH Toplam		Test	p (fark)
		$\bar{x} \pm SS$			
Yaş grupları					
19-26 yaş ^a	72	6, 78±1, 18		F: 7, 627	, 001 (a < b)
27-34 yaş ^b	129	7, 26±1, 28			
≥ 35 yaş ^b	59	7, 62±1, 20			
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	133	7, 39±1, 33		F: 2, 665	, 071
Lise	76	7, 04±1, 14			
≥ Üniversite	51	7, 01±1, 24			
Çalışma durumu					
Çalışıyor	84	6, 98±1, 27		t: 2, 031	, 043
Çalışmıyor	176	7, 32±1, 25			
Sosyal güvence					
Var	230	7, 13±1, 24		t: 2, 822	, 005
Yok	30	7, 82±1, 32			
Gelir durumu algısı					
Gelir giderden fazla ^a	35	6, 37±1, 09		F: 9, 885	, 000 (a < b)
Gelir gidere eşit ^b	125	7, 28±1, 26			
Gelir giderden az ^b	100	7, 42±1, 22			
Eşin eğitim düzeyi					
≤ İlköğretim ^a	130	7, 52±1, 29		F: 8, 441	, 000 (a > c)
Lise ^b	82	6, 97±1, 16			
≥ Üniversite ^c	48	6, 79±1, 19			
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	234	7, 12±1, 23		t: 3, 679	, 000
Çalışmıyor	26	8, 06±1, 29			

“F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam serbestlik derecesi: 2/257/259”

“t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 258”

Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamaları olan bulgular Tablo 6’da verilmiştir. Annelerin yaş grubuna göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve grupların puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (p<0, 01, Tablo 6). İleri istatistik analizinde, 27-34 yaş grubu ile 35 yaş ve daha büyük olan gruptaki annelerin LATCH emzirme başarısı puan ortalamasının 19-26 yaş grubundakilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p<0, 05) belirlenmiştir.

Annelerin eğitim durumuna göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve grupların puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0,05$, Tablo 6).

Annelerin çalışma durumuna göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş olup, çalışmayan annelerin çalışan annelere göre puan ortalaması yüksek olarak saptanmış ve grupların arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 6).

Annelerin sosyal güvence varlığına göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve sosyal güvencesi olmayan annelerin, sosyal güvencesi olanlara göre puan ortalamasının yüksek olduğu, grupların arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$, Tablo 6).

Annelerin gelir durumu algısına göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve grupların arasındaki puan ortalamasında çok ileri düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). İleri istatistiksel analizde, geliri gidere eşit ve geliri giderden az olarak algılayan annelerin LATCH emzirme başarısı puan ortalamasının geliri giderden fazla olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 6).

Eşin eğitim durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve grupların arasındaki puan ortalamasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). İleri istatistiksel analizde, eşi ilköğretim mezunu olan annelerin LATCH emzirme başarısı puan ortalamasının eşinin üniversite ve üzerinde eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir (Tablo 6).

Eşin çalışma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve eşi çalışmayan annelerin puan ortalamasının eşi çalışanlara göre yüksek olduğu, grupların arasındaki istatistiksel farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 6).

Tablo 7. Annelerin obstetrik özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	LATCH Toplam		Test	p (fark)
	n	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam gebelik sayısı				
Primigravida	44	6, 18±1, 01	t: 7, 150	, 000
Multigravida	216	7, 42±1, 21		
Canlı doğum sayısı				
İlk canlı doğum	56	6, 38±1, 13	t: 5, 870	, 000
≥ 2 canlı doğum	204	7, 44±1, 21		
Düşük öyküsü				
Var	66	7, 43±1, 26	t: 1, 642	, 102
Yok	194	7, 14±1, 26		
Daha önce sezaryenle doğum yapma				
Evet	175	7, 49±1.21	t: 5, 264	, 000
Hayır	85	6, 65±1.19		
İstenen gebelik olma durumu				
Evet	232	7, 19±1, 27	U: 2943, 0	, 414
Hayır	28	7, 39±1, 23	Z: , 817	
Uygulanan anestezi şekli				
Genel anestezi	138	7, 33±1, 26	t: 1, 656	, 099
Spinal	122	7, 07±1, 26		

“t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 258”

“U/Z: Mann Whitney U testi”

Annelerin obstetrik özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslamasına yönelik bulgular Tablo 7 ve 8’de verilmiştir.

Toplam gebelik sayısına göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, multigravida grubundaki annelerin puan ortalamasının primigravida grubundakilere göre yüksek bulunmuş ve grupların arasındaki istatistiksel farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$, Tablo 7).

Canlı doğum sayısına göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, iki ve daha fazla sayıda canlı doğum yapan annelerin, ilk/tek canlı doğum yapan annelere göre puan ortalamasının yüksek olduğu ve grupların arasındaki istatistiksel farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$, Tablo 7).

Düşük yapma öyküsüne göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm aracı puanları incelenmiş olup, düşük yapan ve yapmayan annelerin puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0,05$, Tablo 7).

Daha önce sezaryen ile doğum yapma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, önceden sezaryenle doğum yapan annelerin, yapmayan annelere göre puan ortalamasının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 7).

Gebeliğin istenen gebelik olma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, gebeliği isteyerek olan ve olmayanlar arasındaki puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0,05$, Tablo 7).

Doğumda uygulanan anestezi türüne göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, genel anestezi ve spinal uygulanan annelerin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0,05$, Tablo 8).

Tablo 8. Annelerin doğum sonrası emzirmeye ilişkin özelliklerine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	LATCH Toplam		Test	p (fark)
	n	$\bar{X} \pm SS$		
Bebeği ilk emzirme zamanı				
Doğumdan hemen sonra	63	7, 12±1, 31	KW: 2, 187	, 534
İlk yarım saat içinde	96	7, 20±1, 31		
Bir-iki saat içinde	77	7, 21±1, 26		
≥ İki saat	24	7, 50±1, 01		
İlk emzirmede sağlık personelinden destek alma				
Evet	243	7, 18±1, 27	U: 1598, 0	, 116
Hayır	17	7, 65±1, 07	Z: 1, 570	
Bebeğin ilk besini				
Anne sütü	244	7, 26±1, 28	U: 1246, 5	, 015
Formül mama	16	6, 53±, 88	Z: 2, 437	
Emzirirken sorun yaşama				
Evet	145	6, 42±, 92	t: 16, 016	, 000
Hayır	115	8, 21±, 87		
Doğum öncesi emzirme eğitimi alma				
Evet	202	7, 19±1, 23	t: , 438	, 661
Hayır	58	7, 28±1, 39		
Doğum sonu sağlık personelinden anne sütü ve emzirme konusunda bilgi alma				
Evet	172	7, 28±1, 28	t: 1, 204	, 230
Hayır	88	7, 08±1, 24		
Taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli eğitim/destek alma				
Evet	212	7, 15±1.27	t: 1, 628	, 105
Kısmen/Hayır	48	7, 48±1.25		

“t: Bağımsız gruplarda t testi ve sd: 258”

“KW: Kruskal Wallis testi ve sd: 3”

“U/Z: Mann Whitney U testi”

Bebeği ilk emzirme zamanına göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve grupların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0, 05$).

Bebeği ilk emzirmede sağlık personelinden destek alma durumua göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş olup, destek alan ve almayan annelerin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0, 05$, Tablo 8).

Bebeğe verilen ilk besine göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve bebeği ilk anne sütü ile besleyen annelerin, bebeği ilk formül mama ile besleyen annelere göre puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$, Tablo 8).

Bebeğini emzirirken sorun yaşama durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelenmiş ve sorun yaşamayan annelerin, bebeğini emzirirken sorun yaşayan annelere göre puan ortalamasının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$, Tablo 8).

Doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim alan ve almayan annelerin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 8).

Doğum sonu dönemde sağlık personelinin anne sütü ve emzirme eğitimi alma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, doğum sonu eğitim alan ve almayan annelerin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 8).

Taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli eğitim/destek alma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları incelendiğinde, yeterli destek/eğitim alan ve almayan annelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 9. Annelerin yaşayan çocuk sayısı, hastanede yatış süresi, bebeği ilk kucağına alma durumları ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ile LATCH emzirme tanılama ölçeği puanlarının ilişkisi (n: 260).

Özellikler	LATCH Toplam Puanı	
	Test	p
Yaşayan çocuk sayısı	$r_s: ,36$,000
Hastanede yatış süresi (gün)	$r: ,11$,088
Bebeği ilk kucağına alma süresi (dakika)	$r_s: -,003$,960
ETDÖ Toplam (118, 70±19, 30)	$r: ,37$,000

“ r_s : Spearman korelasyon analizi (veri normal dağılmıyor)”

“ r : Pearson korelasyon analizi “

Tablo 9’da annelerin yaşayan çocuk sayısı, hastaneden yatış süresi, bebeği ilk kucağına alma süresi ve ETDÖ Toplam Puanları ile annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği Puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Annelerin yaşayan çocuk sayısı ile LATCH Emzirme

Tanımlama Ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Annelerin yaşayan çocuk sayısı arttıkça LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları da artmaktadır.

Annelerin hastanede yatış süresi ile LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Annelerin bebeğini ilk kucağa alma süresi ile LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm aracı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 9).

Annelerin Emzirme Tutumu Değerlendirme Ölçeği Puanları ile LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Annelerin emzirme tutumu puanları arttıkça emzirme başarısı puanları da artmaktadır.

Tablo 10. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puanına bağımsız değişkenlerin etkisi: çoklu lineer regresyon analizi sonuçları (n: 260).

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	T	p	B için 95%Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
						Tolerance	VIF		
(Sabit)	5,98	,12		50,580	,000	5,75	6,21		
Emzirirken sorun y.	1,63	,11	,64	14,498	,000	1,41	1,85	,913	1,095
Canlı doğum sayısı	,59	,13	,19	4,379	,000	,32	,85	,939	1,065
Eşin çalışma durumu	,50	,18	,12	2,757	,006	,14	,85	,969	1,032
R: ,74 Adjusted R ² : ,54 F: 101,805 p: ,000 Durbin Watson: 2,01 (2,005)									

Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puanı üzerinde 13 bağımsız değişkenin etkisi olduğu belirlenmiş ve bu değişkenlerin etkisini birlikte değerlendirmek amacıyla çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerden olan canlı doğum sayısı ve toplam gebelik sayısı arasında $r: ,86$, daha önce sezaryen yapma değişkeni arasında $r: ,73$ olmak üzere yüksek düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Regresyon analizlerinde otokorelasyon bağlı olarak canlı doğum yapma değişkeninin tolerans değeri ,150 (VİF: 6,682) olarak düşük bulunduğundan, toplam gebelik sayısı ve önceden sezaryen olma değişkenleri modelden çıkarılmış, canlı doğum sayısı değişkeni regresyon modelinde bırakılmıştır.

Regresyon modeline alınmış olan değişkenlerden çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı, sosyal güvence, yaş grubu, gelir durumu algısı, bebeğin ilk besini, eşin eğitim düzeyi ve ETDÖ toplam puanı olmak üzere sekiz bağımsız değişken annelerin emzirme tanılama ölçeği toplam puanı üzerinde yeterli etki yaratmadığı saptanmış ve sırasıyla regresyon modelinden çıkartılmıştır ($p > ,05$).

Tablo 10’da modelde kalan ve annelerin LATCH emzirme tanılama ölçeği toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi bulunan üç değişkenin β katsayısına göre önemlilik dizilimi (en önemliden en az önemliye doğru) bebeğini emzirirken sorun yaşama durumu, canlı doğum sayısı ($p < 0,001$), ve eşin çalışma durumu ($p < 0,01$) olarak sıralanmış ve bu üç bağımsız değişkenin annelerin LATCH emzirme başarısı puanına ait değişimi (varyansı) %54 olarak açıklamaktadır.

Emzirirken sorun yaşamadığını ifade eden annelerin emzirme başarısı puanı emzirirken sorun yaşadığını ifade edenlere göre 1,63 puan artmaktadır. İki ve daha fazla canlı doğum yapan annelerin (emzirme deneyimi olanlar) emzirme başarısı puanı ilk kez canlı doğum yapanlara göre ,59 puan fazladır. Eşi çalışmayan annelerin emzirme başarısı puanı eşi çalışanlara göre ,50 puan fazladır (Tablo 10).

Tablo 11. Annelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	n	ETDÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$	Test	p (fark)
Yaş grupları				
19-26 yaş ^a	72	110,83±16.17	F: 12,959	,000 (a < b < c)
27-34 yaş ^b	129	119,16±17.55		
≥ 35 yaş ^c	59	127,29±22.59		
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	133	120,23±19,76	F: 2,207	,112
Lise	76	119,39±19,28		
≥ Üniversite	51	113,69±17,56		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	84	115,27±18,06	t: 1,989	,048
Çalışmıyor	176	120,34±19,70		
Sosyal güvence				
Var	230	117,72±18,98	t: 2,292	,023
Yok	30	126,23±20,37		

Tablo 11. Annelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması (n: 260). (devamı)

Gelir durumu algısı				
Gelir giderden fazla ^a	35	105, 23±15, 17	F: 12, 229	, 000
Gelir gidere eşit ^b	125	118, 87±18, 37		(a < b)
Gelir giderden az ^b	100	123, 20±19, 69		
Eşin eğitim düzeyi				
≤ İlköğretim ^a	130	121, 48±19, 92	F: 3, 664	, 027
Lise ^b	82	117, 66±18, 77		(a > c)
≥ Üniversite ^c	48	112, 96±17, 27		
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	234	117, 99±18, 37	U: 2304, 0	, 042
Çalışmıyor	26	125, 12±25, 76	Z: 2, 029	

“F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/257/259”

“t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 258”

“U/Z: Mann Whitney U testi”

Annelerin yaş grubuna göre ETDÖ puanları incelenmiş ve grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < 0, 001$). İleri analiz bulgularında, yaşı 35 ve daha büyük olan gruptaki annelerin ETDÖ puan ortalamasının hem 19-26 yaş grubu, hem de 27-34 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ayrıca 27-34 yaş grubundaki annelerin puan ortalamasının da 19-26 yaş grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0, 05$, Tablo 11).

Annelerin eğitim durumlarına göre ETDÖ puanları incelenmiş ve grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0, 05$, Tablo 11).

Annelerin çalışma durumuna göre ETDÖ puanları incelenmiş ve çalışmayan annelerin çalışan annelere göre puan ortalamasının yüksek olduğu bulunarak, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0, 05$, Tablo 11).

Annelerin sosyal güvence varlığına göre ETDÖ puanları incelenmiş ve sosyal güvencesi olmayan annelerin, olan annelere göre puan ortalamasının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0, 05$, Tablo 11).

Annelerin gelir durumu algısına göre ETDÖ puanları incelenmiş ve grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0, 001$). İleri analiz bulgularında, geliri gidere eşit ve geliri giderden az olan grubun

emzirme tutumu puan ortalamasının geliri giderden fazla olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 11).

Eşin eğitim durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelenmiş ve grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0,05$). İleri analizde, eşi ilköğretim mezunu olan annelerin emzirme tutumu puan ortalamasının eşinin üniversite ve üzerinde eğitimi olanlara göre bakıldığında anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 11).

Eşin çalışma durumuna göre annelerin Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanları incelendiğinde, eşi çalışmayan annelerin puan ortalamasının eşi çalışanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 11).

Tablo 12. Annelerin obstetrik özelliklerine göre Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	ETDÖ Toplam		Test	p (fark)
	n	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam gebelik sayısı				
Primigravida	44	102,91±14,87	t: 6,398	,000
Multigravida	216	121,92±18,52		
Canlı doğum sayısı				
İlk canlı doğum	56	103,70±14,57	t: 7,181	,000
≥ 2 canlı doğum	204	122,82±18,40		
Düşük öyküsü				
Var	66	123,00±20,77	t: 2,110	,036
Yok	194	117,24±18,60		
Daha önce sezaryenle doğum yapma				
Evet	175	122,75±18,17	t: 5,081	,000
Hayır	85	110,36±18,97		
İstenen gebelik olma durumu				
Evet	232	118,16±18,77	U: 2850,0 Z: 1,059	,290
Hayır	28	123,21±23,10		
Uygulanan anestezi şekli				
Genel anestezi	138	119,86±20,51	t: 1,027	,306
Spinal	122	117,39±17,82		

“t: Bağımsız gruplarda t testi ve sd: 258”

“U/Z: Mann Whitney U testi”

Toplam gebelik sayısına göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, multigravida grubundaki annelerin emzirme tutumu puan ortalamasının primigravida grubuna göre bakıldığında yüksek olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$, Tablo 12).

Canlı doğum sayısına göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, iki ve daha fazla sayıda canlı doğum yapan annelerin puan ortalamasının ilk/tek canlı doğum yapanlara göre bakıldığında yüksek olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$, Tablo 12).

Düşük yapma öyküsüne göre annelerin Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanları incelenmiş ve düşük yapan annelerin, düşük yapmayanlara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 12).

Daha önce sezaryen ile doğum yapma durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelenmiş ve önceden sezaryenle doğum yapan annelerin puan ortalamasının yapmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$, Tablo 12).

İstenen gebelik olma durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, isteyerek gebe olan ve olmayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 12).

Doğumda uygulanan anestezi türüne göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, genel anestezi ve spinal uygulanan grupların emzirme tutumu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 13).

Tablo 13. Annelerin doğum sonrası emzirmeye ilişkin özelliklerine göre Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	n	ETDÖ Toplam		Test	p (fark)
		$\bar{x} \pm SS$			
Bebeği ilk emzirme zamanı					
Doğumdan hemen sonra	63	118,46±20,45		KW: 1,632	,652
İlk yarım saat içinde	96	118,02±15,17			
Bir-iki saat içinde	77	118,00±22,16			
≥ İki saat	24	124,29±21,36			
İlk emzirmede sağlık personelinden destek alma					
Evet	243	118,19±18,77		U: 1746,0	,286
Hayır	17	126,00±25,26	Z: 1,066		
Bebeğin ilk besini					
Anne sütü	244	119,40±19,53		U: 1208,5	,011
Formül mama	16	108,06±11,11	Z: 2,552		
Emzirirken sorun yaşama					
Evet	145	112,81±17,71		t: 5,869	,000
Hayır	115	126,12±18,71			
Doğum öncesi emzirme eğitimi alma					
Evet	202	118,72±19,70		t: ,035	,972
Hayır	58	118,62±17,99			
Doğum sonu sağlık personelinden anne sütü ve emzirme konusunda bilgi alma					
Evet	172	117,58±19,94		t: 1,309	,192
Hayır	88	120,89±17,87			
Taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli eğitim/destek alma					
Evet	212	118,12±18,36		t: .887	.379
Kısmen/Hayır	48	121,27±23,04			

“t: Bağımsız gruplarda t testi ve sd: 258”

“KW: Kruskal Wallis testi ve sd: 3”

“U/Z: Mann Whitney U testi”

Bebeği ilk emzirme zamanına göre annelerin ETDÖ puanları incelenmiş ve grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 13).

Bebeği ilk emzirmede sağlık personelinden destek alma durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, destek alan ve almayan annelerin puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 13).

Bebeğe verilen ilk besine göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, bebeği ilk anne sütü ile besleyen annelerin puan ortalamasının bebeği ilk formül mama ile beslenenlere göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olarak saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 13).

Bebeğini emzirirken sorun yaşama durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, sorun yaşamayan annelerin annelerin puan ortalamasının bebeğini emzirirken sorun yaşayanlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$, Tablo 13).

Doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, eğitim alan ve almayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 13).

Doğum sonrası dönemde sağlık personelinden anne sütü ve emzirme eğitimi alma durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, doğum sonu eğitim alan ve almayan grupların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 13).

Taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli eğitim/destek alma durumuna göre annelerin ETDÖ puanları incelendiğinde, yeterli destek/eğitim alan ve almayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$, Tablo 13).

Tablo 14. Annelerin yaşayan çocuk sayısı, hastanede yatış süresi, bebeğini ilk kucağına alma süresi ile Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanlarının ilişkisi (n: 260).

Özellikler	ETDÖ Toplam	
	Test	p
Yaşayan çocuk sayısı	$r_s: ,42$,000
Hastanede yatış süresi (gün)	$r: ,12$,054
Bebeği ilk kucağına alma süresi (dakika)	$r_s: -,003$,960

“r: Pearson korelasyon analizi “

“ r_s : Spearman korelasyon analizi “

Annelerin yaşayan çocuk sayısı ile ETDÖ puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Annelerin yaşayan çocuk sayısı arttıkça emzirme tutumu puanları da artmaktadır (Tablo 14).

Annelerin hastanede yatış süresi ile ETDÖ puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmış ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$, Tablo 14).

Annelerin bebeğini ilk kucağa alma süresi ile ETDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 14).

Tablo 15. Annelerde Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği toplam puanına bağımsız değişkenlerin etkisi: çoklu linear regresyon analizi sonuçları (n: 260).

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	β	T	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
						Tolerance	VIF		
(Sabit)	95,57	3,22		29,600	,000	89,22	101,91		
Canlı doğum sayısı	13,63	2,79	,29	4,893	,000	8,15	19,12	,828	1,208
Emzirirken sorun y.	9,63	2,17	,25	4,441	,000	5,36	13,90	,936	1,068
Yaş grubu	4,19	1,59	,15	2,636	,0009	1,06	7,33	,856	1,169
R: ,50 Adjusted R ² : ,24 F: 28,543 p: ,000 Durbin Watson: 1,90 (1,898)									

Annelerin ETDÖ puanı üzerine etkisi olan 13 bağımsız değişkenin olduğu belirlenmiş ve bu değişkenlerin etkisini birlikte değerlendirmek için çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerden olan canlı doğum sayısı ile toplam gebelik sayısı arasında $r: .86$, daha önce sezaryen yapma değişkeni arasında $r: .73$ olmak üzere yüksek düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Regresyon analizlerinde otokorelasyon bağı olarak canlı doğum yapma değişkeninin tolerans değeri $.139$ (VIF: 7.201) olarak düşük bulunduğundan, toplam gebelik sayısı ve önceden sezaryen olma değişkenleri regresyon modelinden çıkarılmış, canlı doğum sayısı değişkeni regresyon modelinde bırakılmıştır. Regresyon modeline alınmış diğer bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerince incelenmiş ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde otokorelasyon bulunamamıştır.

Regresyon modeline alınmış bağımsız değişkenlerden eşin çalışma durumu, bebeğin ilk besini, yaşayan çocuk sayısı, eşin eğitim düzeyi, çalışma durumu, düşük öyküsü, gelir durumu

algısı ve sosyal güvence olmak üzere, toplam sekiz bağımsız değişkenin emzirme başarısı puanı üzerinde yeterince etki yaratmadığı saptanmış ve sırasıyla regresyon modelinden çıkartılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 15’te modelde kalan ve annelerin ETDÖ puanı üzerine anlamlı düzeyde etkileyen üç değişkenin β katsayısına göre önemlilik dizilimi (en önemliden en az önemliye doğru) canlı doğum sayısı, bebeğini emzirirken sorun yaşama durumu ($p < 0,001$) ve yaş grubu ($p < 0,01$) olarak sıralanmış ve söz konusu üç bağımsız değişkenin annelerin emzirme tutumu puanına ait değişimi (varyansı) %24 olarak bulunmuştur. Başka bir deyişle annelerin emzirme tutumu puanı %24 oranında bu üç bağımsız değişkenden etkilendiği ve %76 oranındaysa farklı değişkenlerden etkilendiği bulunmuştur.

Canlı doğum yapma sayısı iki ve daha fazla olan annelerin emzirme tutum puanı ilk kez canlı doğum yapanlara göre 13,63 puan fazladır. Emzirirken sorun yaşamadığını ifade eden annelerin emzirme tutum puanı emzirirken sorun yaşadığını ifade edenlere göre 9,63 puan fazladır. Annelerin yaşı 19-26 yaş, 27-34 yaş ve ≥ 35 yaş şeklinde sıralandığında, annelerin emzirme tutum puanı 4,19 puan olarak giderek artmaktadır (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Araştırma, sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunları belirlemek amacıyla, analitik-kesitsel tipte, Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Denizli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde sezaryen doğum yapan toplam 260 kadın ile yapılmıştır. Bu bölümde sezaryen doğum yapan kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, doğum sonu dönem özellikleri, emzirmede sorun yaşama durumu, emzirme başarımları ve emzirme tutumları ile karşılaştırılmış, elde edilen bulgular mevcut literatüre göre tartışılmıştır.

Türkiye’de yapılan 2018 yılı Nüfus Sağlık Araştırması sonucuna göre; doğurganlığın en fazla olduğu yaş 25-29 yaş grubudur (TNSA, 2018). Bu çalışmaya katılan doğum yapan annelerin yaş ortalaması $30,07 \pm 5,41$ ’dir. Kadınlar eğitim düzeyleri ise; %29,2’si ortaokul ve lise, %32,3’ü çalıştığı, çalışan annelerin %61,9 işçi olduğu, %88,5’inin sosyal güvencesine sahip ve %48,1’i aile gelirine giderine eşit olarak algıladığı belirlenmiştir. Annelerin toplam gebelik sayısı ortalaması 2.66 ± 1.34 iken, %89,2’si son gebeliğinin istenen gebelik olduğunu ifade etmiştir.

Vajinal doğum ile sezaryen doğumun karşılaştırıldığı çalışmalarda, sezaryen doğumlarda ilk emzirmeye başlama zamanı ve emzirme süresinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Isik ve diğerleri, 2016). Başka bir araştırmada da sezaryen ile doğum yapanların daha çok emzirme sorunu yaşadıkları saptanmıştır (Tokat ve diğerleri, 2015). Tewabe’nin 2016’daki çalışmasında sezaryen doğum yapan annelerin emzirmenin başlamasında gecikme yaşadığı bildirilmiştir. Araştırmamıza katılan 260 anneden, 145’i (%55,8) sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Aydın’da emzirme sorunlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada, annelerin %24,5’i emzirme sorunu yaşadığı bildirilmiştir. Sorun yaşayan annelerin, %9,7’si sezaryen sonrası emzirmede zorluk yaşadığını söylemiştir. Annelerin başka emzirme sorunu olarak, emzirme tekniğini bilmeme / bilgi ve tecrübe yetersizliği / eğitim ve yardım ihtiyacı yüzdesi 17,8’dir. Anne sütü yetersizliği /süt yetersizliği endişesi / bebeğin doymadığı düşüncesi / bebeğin kilo alımının yetersiz olması (%15,7), düz/çökük/küçük meme ucu %7,7, ağrı/hassasiyet %3,9 ile bildirilen sorunlar arasındadır (Karaçam ve Sağlık, 2018). Trabzon’da yapılmış bir çalışmada anne sütünün yarım saatten sonra verilme nedeni olarak, %54.6 bebek emmedi, %21.6 sütüm

gelmedi, %13, 3 ağrı vardı, %10, 5 bebek kuvvözde kaldı ifadeleri oluşturmaktadır (Çalık ve diğerleri, 2017). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada anneler %23, 2'si bebeğin memeyi almadığından ve %22, 9'u ise sütü olmadığından emziremediklerini söylemişlerdir. Aynı araştırmada katılan annelerin %44, 4'ünün sezaryen doğum yapmış olması, uygulanan anestezinin olumsuz etkisi, annenin ağrıdan dolayı hareket etme isteksizliği gibi durumların bu oranı yükselttiği düşünülmektedir (Ünsal ve diğerleri, 2005). Başka bir çalışmada kadınların %74.3'ünün sezaryen sonrası emzirme problemi yaşadığı saptanmıştır (Güler ve Yanikkerem, 2018). Sivas'taki çalışma da sezaryen doğum yapanların %63'ü emzirme sorunu yaşamıştır (Erbaş, 2017). Çalışmamızda anneler emzirmede yaşanan sorun olarak ilk sırada %52, 4 oranında sütün gelmemesi, ikinci sırada ise, %31, 7 ile sezaryen sonrası ağrı olarak bildirmişlerdir. Yaşanan diğer sorunlar ise sırasıyla, rahat olmayan emzirme pozisyonu (%21, 4), düz/çökük meme ucu (%14, 5), ebe/hemşireden yeterli destek ve yardım alamama (%2, 8), rahat olmayan emzirme pozisyonu (%21, 4) ve (%7, 6) diğer sorunlar (Bebek memeyi tutmadı/emmedi, meme başı yarası oluştu, bebek kustu, bebeğim çenesi güçsüz olduğu için emmede güçlük) şeklinde belirtilmesi literatürle benzerlik göstermektedir (Isik ve diğerleri, 2016; Tokat ve diğerleri, 2015; Tewabe, 2016; Karaçam ve Sağlık, 2018; Çalık ve diğerleri, 2017; Ünsal ve diğerleri, 2005; Güler ve Yanikkerem, 2018; Erbaş, 2017).

Çalışma grubumuzdaki annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği 1. gözlemden alınan puan ortalaması $6,46 \pm 1,33$, 2. gözlemden alınan puan ortalaması $7,97 \pm 1,31$ olup, her iki gözlem sonucunda elde edilen puanın ortalaması ($7,21 \pm 1,27$) üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Bu değer üst sınır olan 10 sayısına yakın olduğu ve annelerin emzirme başarılarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Yapılmış bir çalışmada, annelerin emzirme başarısını değerlendirmek amacıyla kullanılan LATCH Emzirme Tanılama Ölçek puan ortalaması $6,64 \pm 1,91$ olarak saptanmıştır (Evcil ve Zoroğlu, 2020). İzmir'de yapılmış bir araştırmada ise, LATCH Emzirme Tanılama Ölçek puan ortalaması $8,40 \pm 1,77$ olarak bulunmuştur (Yenal ve diğerleri, 2013). Çalışmamızda annelerin emzirme tutumlarını saptamak için kullanılan Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puanı ise, $67,00-176,00$ aralığında olup, ortalaması $118,70 \pm 19,30$ bulunmuştur. Bu puan annelerin emzirme tutumlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Kurnaz ve Hazar (2001)'in araştırmasında çalışmamızın puanlarına yakın olarak, annelerin Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan aralığı $77,00-155,00$ olup, ortalaması $110,86 \pm 18,14$ olarak bulunmuştur (Kurnaz ve Hazar, 2021). Çalışmadaki ölçek puanları diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda bebeğini emzirirken sorun yaşama durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelendiğinde, sorun yaşamayan annelerin puan ortalamasının bebeğini emzirirken sorun yaşayanlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark çok ileri düzeyde olarak belirlenmiştir. Sutherland ve diğerlerinin 2012 yılındaki çalışmalarında ise sezaryen doğum yapan annelerin emzirmeye başlama ve emzirme başarısının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Çalışmamızda emzirirken sorun yaşamadığını ifade eden annelerin emzirme başarısı puanı emzirirken sorun yaşadığını ifade edenlere göre 1, 63 puan artış görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda emzirirken sorun yaşamadığını ifade eden annelerin emzirme tutum puanı emzirirken sorun yaşadığını ifade edenlere göre 9, 63 puan fazla olduğu tespit edilmiştir.

Annelerin yaş gruplarına göre emzirme başarımları ve emzirme tutumları incelenmiş ve grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın ileri analiz bulgularında, 27 ve üzerindeki yaş grubunda bulunan annelerin 19-26 yaş grubundaki annelere göre emzirme başarımları daha yüksek bulunmuştur. Emzirme tutumları ile ilgili ise annelerin yaşı 19-26 yaş, 27-34 yaş ve ≥ 35 yaş şeklinde sıralandığında, annelerin emzirme tutumlarının da arttığı saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Aydın'da yapılan bir çalışmada anne yaşının emzirme tutum ve başarısının üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur (Kurnaz ve Hazar, 2021). Başka bir çalışmada ise en iyi emzirme başarısı puanı 20-35 arası yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tampah-Naah ve Kumi-Kyereme, 2013). İskoçya'da yapılan bir çalışmada da anne yaşının emzirme üzerinde önemli olduğu görülmüş, anne yaşı arttıkça emzirme süresinin ve oranının arttığı saptanmıştır (Tappin, 2001). Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelenmiş ve grupların puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır. Çalışma durumuna göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelenmiş ve çalışmayan annelerin, çalışan annelere göre puan ortalamalarının yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu farkın annenin çalışmasının emzirmeyi olumsuz etkileyebileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir araştırmada çalışmayan ve eğitim seviyesi düşük olan annelerin anne sütü verme oranlarının daha yüksekken, başka bir çalışmada ise, annenin eğitim düzeyinin artması ve çalışıyor olma durumu emzirme başarı puanını arttırmıştır (Çalık ve diğerleri, 2017; Kurnaz ve Hazar, 2021).

Gelir durumu algısına göre LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelenmiş ve grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde fark bulunmuştur. İleri analizde, geliri gidere eşit ve geliri giderden az olarak algılayan annelerin LATCH emzirme başarısı ve ETDÖ puanlarının geliri giderden fazla olanlarla kıyaslandığında anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ise, annenin gelir durumu ile kıyaslandığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çalık ve diğerleri, 2017). Kurnaz ve Hazar (2021)'in çalışmasında ise, gelir durumu ile emzirme başarı puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kurnaz ve Hazar, 2021).

Toplam gebelik sayısına göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelendiğinde, multigravida grubundaki annelerin puan ortalamalarının primigravida grubundakilere göre yüksek bulunmuş ve gruplar arası farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca iki ve daha fazla canlı doğum yapan annelerin (emzirme deneyimi olanlar) emzirme başarısı puanı ilk kez canlı doğum yapanlara göre 0, 59 puan fazladır. Literatürde birden fazla çocuğu olan annelerle tek çocuğu olan annelerin kıyaslandığı bir çalışmada, birden fazla çocuğu olan annelerin anne sütü verme oranları yüksek bulunmuştur (Çalık ve diğerleri, 2017). İki ve üzeri çocuğu olan ve daha önceki bebeklerini emziren annelerin, sonraki bebeklerini emzirme yönelimlerinin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar, çalışmamızla benzerlik göstermektedir. (Ünsal ve diğerleri, 2005; Moore ve Coty, 2006; Vivienne ve diğerleri, 2004).

Çalışmalarda isteyerek gebe kalan annelerin ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütü verme isteği oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Çalık ve diğerleri, 2017). Yapılan başka bir çalışmada da planlı gebeliği olan annelerde LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanlarındaki artışta istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Başdağ, 2021). Çalışmamızda ise, gebeliğin istenen olma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelenmiş olup, isteyerek gebe olan ve olmayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Emzirme öğretme ve öğrenmeden oluşan doğal bir eylemdir. Bu dönemde, sağlık çalışanlarının, doğum öncesi ve erken doğum sonrası dönemde annelere sağlanan destek, emzirmeyi başlatma ve sürdürme konusunda annenin kararını etkilemektedir (Özkara ve diğerleri, 2016). Emzirmenin sürdürülmesinde ebe tarafından anneye verilen eğitimin önemi çalışmalarda vurgulanmaktadır (Hallowell ve diğerleri, 2014; Cohen ve diğerleri, 2018; Oktar ve diğerleri, 2018; Bazzano ve diğerleri, 2016). Yapılan çalışmalarda gebelik ve doğum sonrası erken dönemde verilen emzirme eğitiminin anne sütü verme ve emzirmeyi devam

ettirme oranını arttırdığı görülmüştür (Eker ve Yurdakul, 2006; Bolat ve diğerleri, 2011; Yılmaz ve diğerleri, 2017). İsrail'deki bir araştırmada, doğum öncesi dönemde verilen emzirme eğitiminin emzirmeye başlama oranı ve emzirme süresini arttırdığı belirtilmiştir (Shinwell ve diğerleri, 2006). Bu çalışmada doğum öncesi ve/veya doğum sonu dönemde sağlık personelinden anne sütü ve emzirme eğitimi alma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelendiğinde, eğitim alan ve almayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Doğum sonu dönemde eğitim alan ve almayan anneler arasında fark bulunamaması, araştırmaya katılan annelerin taburculuktan sonraki süreçte emzirme başarı ve tutumlarının gözlenememesinden kaynaklanabilir.

Şener'in 2000 yılında yaptığı bir araştırmada, genel anestezi alan annelerin %3, 6'sı, epidural anestezi alan annelerin %41, 8'i ilk yarım saat içerisinde emzirdikleri belirtilmiştir. Başka bir çalışmada epidural anestezinin doğum sonrası dönemde süt salgılanması ve emzirme başarısını etkilemediği belirlenmiştir (Wiklund ve ark. 2009; Wilson ve ark. 2010). Ashley ve diğerlerinin 2013 yılında yaptığı bir çalışmada ise epidural anestezi grubundaki bebeklerin emme sıklık ve sürelerinin genel anestezi grubundakilere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Ashley ve Szobo, 2013; Morgan ve diğerleri, 2008; Wiklund ve diğerleri, 2009; Wilson ve diğerleri, 2010). Bölgesel anestezi uygulanan annelerde ise, doğum sonrası emzirme oranı genel anestezi uygulanan annelerden yüksek bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkılarak, bölgesel anesteziyle sezaryen olan annelerin, sezaryen sonrası uyanık olması ve ağrı kontrolünün sağlanmasından dolayı emzirme konusunda daha başarılı oldukları söylenebilir (Balcı ve Oskay, 2020). Bu çalışmada ise doğumda uygulanan anestezi türüne göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelendiğinde, genel anestezi ve spinal anestezi uygulanan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Araştırmamızda farkın bulunamaması, araştırmaya katılan annelerin doğum sonu 24-48 saat içerisinde mobilize olmasıyla, anestezi etkisinin azalmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA 2018 verilerine göre, ilk 1 saatte emzirme oranı %71.3'tür. Yapılan bir çalışmada sezaryen doğumlarda annede süt salınımının gecikmesinin emzirmeye başlamayı geciktirdiği bildirilmiştir (Tewabe, 2016). Bu çalışmada bebeği ilk emzirme zamanına bakıldığında %24, 2'si doğumdan hemen sonra, %36, 9'u ilk yarım saat içerisinde, %29, 6'sı 31-60 dk içerisinde, %9, 2'si 61 dk ve üzeri olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda bebeği ilk emzirme zamanına göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelenmiş ve

grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Bazı çalışmalarda doğum şeklinin emzirmenin başlama zamanına etkisi olmadığı saptaması çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Kiani ve diğerleri 2017; Esencan ve diğerleri, 2018).

İlk besin olarak bebeğe anne sütü verme oranı %93, 8, formül mama verme oranı ise %6, 2'dir. İlk beslemede formül mama verme nedeni olarak sütün gelmemesi (%87, 5), bebeğin emmesi (%6, 3), düz/çökük meme ucu (%6, 3) olduğu saptanmıştır. Bebeğe verilen ilk besine göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelenmiş ve bebeğini ilk olarak anne sütü ile besleyen annelerin puan ortalamalarının, bebeğini ilk formül mama ile besleyenlere göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki fark anlamlı düzeyde olarak belirlenmiştir. Başka bir çalışmada doğum sonrası bebeğe ilk verilen besin olarak anne sütü %76, 3, formül mama %14, 0, şekerli su %6, 0, su %3, 7 şeklinde bildirilmiştir (Çalık ve diğerleri, 2017).

Ülkemizdeki çalışmalarda annelerin yalnızca %66, 1'i doğum öncesi dönemde anne sütü ve emzirme hakkında eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Konuyla ilgili eğitim alan anneler, eğitimleri en çok doktordan (%38, 9) sonra ebe ve hemşireden (%33, 6) aldıklarını ifade etmişlerdir (Çalık ve diğerleri, 2017). Benzer şekilde bir çalışmada da annelerin %63, 9'u doktor, ebe ve hemşireden eğitim aldıklarını söylemişlerdir (Elkin ve diğerleri, 2015). Araştırmamıza katılan annelerin %77, 7'si doğum öncesi emzirme eğitimi almış olduğunu ifade etmiştir. Doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelendiğinde, eğitim alan ve almayan grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı olarak bir fark bulunamamıştır. Ancak literatürde ülkemizde ve dünyada yapılan araştırmalarda, doğum öncesi dönemde emzirme eğitimi alanlarda anne sütüyle besleme yüzdelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Hanula ve diğerleri, 2008; Serçekuş ve Mete, 2011; Alioğulları ve diğerleri, 2016). Ülkemizde bir çalışmada ve 4 üzeri doğum öncesi izlem alan ve bu izlemler esnasında anne sütü ve emzirme hakkında eğitim almış annelerin ilk 6 ay yalnızca anne sütü verme oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (Çalık ve diğerleri, 2017). İsrail'de yapılmış bir araştırmada ise, doğumdan önce verilmiş olan emzirme eğitiminin emzirmeye başlama oranlarını ve emzirme sürelerini arttırdığı saptanmıştır (Shinwell ve diğerleri, 2006).

Çalışmamızda ise doğum sonu sağlık personelinden anne sütü ve emzirme hakkında bilgi alma oranı, %66, 2'dir. Annelerin %93, 5'i ilk emzirmede sağlık personelinden destek aldığını ifade etmişlerdir. Anneler yaşadıkları sorun karşısında sırasıyla ebe/hemşireden (%56, 6), aileden (%40), stajyer öğrenciden (%3, 4) destek aldıklarını belirtmişlerdir. Yaşanan

sorundan dolayı ebe/hemşire tarafından yeterince yardım/destek alma oranı %86, 9'dur. Doğum sonu dönemde sağlık personelinin anne sütü ve emzirme konusunda bilgi alma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelendiğinde, doğum sonu eğitim alan ve almayan grupların puan ortalamalarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır Katılımcıların %81, 5'i taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli destek ve eğitim alacaklarını düşünmektedirler. Taburcu olana kadar emzirme konusunda yeterli eğitim/destek alma durumuna göre annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve ETDÖ puanları incelendiğinde, yeterli destek/eğitim alan ve almayan grupların puan ortalamalarına bakıldığında, anlamlı bir fark saptanamamıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunları belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. Sonuçlar

- Annelerin yaş ortalamasının $30,07 \pm 5,41$, eğitim düzeyinin %29,2'si ortaokul, %29,2'si lise, %67,7'si herhangi bir işte çalışmadığı, %88,5'i sosyal güvencesinin olduğu ve %48,1'i geliri gidere eşit olarak algıladığı saptanmıştır.
- Annelerin %24,2'si bebeğini ilk emzirme zamanını doğumdan hemen sonra olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında sorun yaşadıkları (%55,8), ilk emzirmede sağlık personelinde destek aldıkları (%93,5) belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğu emzirmede yaşanan soruna sütünün gelmemesi (%52,4) cevabını vermişlerdir.
- Annelerin 27-34 ile 35 yaş ve daha büyük yaş grubu olan, çalışmayan, sosyal güvencesi olan, geliri gidere eşit ve geliri giderden az olarak algılayan, eşi ilköğretim mezunu olan, multigravida, iki ve daha fazla sayıda canlı doğum yapan, daha önce sezaryen ile doğum yapan, bebeği ilk anne sütü ile besleme, emzirme sorunu yaşamayan annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca annelerin yaşayan çocuk sayısı arttıkça LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları da artmaktadır ($p < 0,05$).
- Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puanına bağımsız değişkenlerin etkisini incelemek için yapılan çoklu lineer regresyon analizi sonucunda, bebeğini emzirirken sorun yaşama durumu, canlı doğum sayısı ve eşin çalışma durumu değişkenleri LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanına ait değişimi (varyansı) %54 olarak açıklamaktadır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda emzirirken sorun yaşamadığını ifade eden annelerin emzirirken sorun yaşadığını ifade edenlere göre 1.63 puan, iki ve daha fazla canlı doğum yapan annelerin (emzirme deneyimi olan) ilk kez

canlı doğum yapanlara göre .59 puan, eşi çalışmayan annelerin eşi çalışanlara göre emzirme başarısı puanı .50 puan fazla olduğu tespit edilmiştir.

- Yaşı 35 ve daha büyük olan gruptaki annelerin ETDÖ puan ortalamasının hem 19-26 yaş grubu, hem de 27-34 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ayrıca 27-34 yaş grubundaki annelerin puan ortalamasının da 19-26 yaş grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).
- Çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan, geliri gidere eşit ve geliri giderden az, eşi ilköğretim mezunu, multigravida, iki ve daha fazla sayıda canlı doğum yapan, düşük yapan, önceden sezaryenle doğum yapan ve emzirirken sorun yaşamayan annelerin ETDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Ayrıca annelerin yaşayan çocuk sayısı arttıkça emzirme tutumu puanları da artmaktadır.
- Annelerde ETDÖ toplam puanına bağımsız değişkenlerin etkisini incelemek için yapılan çoklu linear regresyon analizi sonucunda; modelde kalan ve annelerin ETDÖ puanı üzerine anlamlı düzeyde etkileyen üç değişkenin canlı doğum sayısı, bebeğini emzirirken sorun yaşama durumu ($p < 0,001$) ve yaş grubu ($p < 0,01$) olarak sıralanmış ve söz konusu üç bağımsız değişkenin annelerin ETDÖ puanına ait değişimi %24 olarak bulunmuştur.
- Annelerin Emzirme Tutumu Değerlendirme Ölçeği Puanları ile LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Annelerin emzirme tutumları pozitif yönde oldukça emzirme başarısı da artmaktadır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sezaryen sonrasında emzirmede sorun yaşamayan annelerin, sorun yaşayan annelere göre emzirme başarımlarının daha yüksek olmasından yola çıkılarak, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için sorunlara yönelik girişimlerin planlanması,

- Annenin çalışma durumuna göre, çalışmayan annelerin çalışan annelere göre emzirme başarı ve tutum puanları daha yüksek olduğundan, çalışan annelere başarılı emzirmenin varlığı ve sürdürülebilmesi için teşvik ve destek edici uygulamaların sağlanması,
- Eşi çalışmayan annelerin, eşi çalışan annelere göre emzirme başarı ve tutum puanları daha yüksek olmasından dolayı, emzirmenin sürdürülebilmesi için eşlerin de anne sütü ve emzirme eğitimlerine dahil edilmesi,
- Canlı doğum yapma sayısı iki ve daha fazla olan annelerin emzirme başarı ve emzirme tutum puanı ilk kez canlı doğum yapanlara göre daha yüksek bulunduğu için, ilk bebeği olan annelere anne sütü ve emzirme konusunda daha fazla desteğin sağlanması,
- Bebeğe ilk olarak verilen besinin anne sütü olması, emzirme başarısı ve emzirme tutum puanını olumlu yönde etkilediğinden, emzirmenin başlatılması için annelerin cesaretlendirilmesine yönelik uygulamaların planlanması,
- Sezaryen doğum yapan annelerin emzirirken sık karşılaştığı sorunlara yönelik olarak her anne için bireysel çözümler geliştirilmesi,
- Aktif olarak görev yapan ebelerin, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için emzirme sorunları konusunda duyarlı olmaları ve sezaryen doğum yapanlara daha destekleyici davranmaları,
- Sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesini etkileyen sorunları ele alan kapsamlı yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adams, D., Hewell, S. (1997). Maternal and professional assessment of breastfeeding, *J Hum Lact* 13(4), 279-283.
- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B. (2008). Complementary feeding: a Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*;46(1):99- 110.
- Ahluwalia, I.B., Morrow, B., Hsia, J. (2005). Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings From The Pregnancy Risk Assessment And Monitoring System, *Pediatrics*, Sayı:116 (6), 2005 9.
- Akın, Ö., Erbil, N. (2020). Doğum Şekli ve Emzirme: Sistemik Derleme. *Ordu Üniversitesi Heml-şirelik Çalışmaları Dergisi*.(3), 302-318.
- Aktaş, D., Gönenç, İ.M. (2011). Sezaryen ve Etik [Cesarean and ethics]. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 19(3), 186-195.
- Alioğulları, A.S., Esencan, T.Y., Ünal, A., Şimşek, Ç. (2016). Anne Sütünün Faydalarını ve Emzirme Tekniklerini İçeren Görsel Mesaj İçerikli Broşür ile Annelere Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19(4):252-260.
- Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M., Tamim, H. (2010). Prevalence and Predictors of 6-Month Exclusive Breastfeeding among Canadian Women: a National Survey. *BMC Pediatr*;10:20-8.
- Anne Sütü ve Emzirme Eğitim Rehberi. (2016). İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/136,anne-sutu-ve-emzirme-egitim-rehberipdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- Arslan, H.Ö. (2015). Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği, *Kashed*, 2(1), 53-58.
- Ashley, L., Szobo, M.D. (2013). Intrapartum neuroaxial analgesia and breastfeeding outcomes: Limitations of current knowledge. *Anesth Analg*, (116), 399-405.
- Aslan, Y. (2016). Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Depresyon Riski İle İlişkisi, yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Atıcı, A., Polat, S., Turhan, A.H. (2007). Anne sütü ile beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of*

Pediatric Sciences;3(6):1-5.

- Bal, M.D., Dereli Y.S., Beji K.N. (2013b). Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri [Care for Evidence-Based Applications During Pregnancy]. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi [Florence Nightingale Nursing Journal]*, 21(2), 139- 146.
- Bal, M.D., Yılmaz, S.D. (2017a). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. 1.Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Balcı, B.K., Göynüner, G. (2015). Laktasyon döneminde gebelik ve lohusalık. *Perinatoloji Dergisi*.23(3):194-200.
- Balcı, E.G., Oskay, Ü.Y. (2020). Sezaryen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yönteminin Erken Postpartum Dönemde Anne ve Yenidoğana Etkileri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*.3(3) 01–08.
- Balkaya, A.N. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe hemşirenin rolü. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6:42-9.
- Bane, S.M. (2015). Postpartum exercise and lactation. *Clinical Obstetrics and Gynecology*;58 (4):885-92.
- Başdağ, G.B. (2021). *Emzirme Eğitimi Alan Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Ve Emzirme Başarılarının Sağlık İnanç Modeli Temelinde Değerlendirilmesi*, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Karabük.
- Başkaya, Y., Sayiner, F.D. (2018). Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları [Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rate]. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi [Journal of Health Science and Profession-HSP]*, 5(1), 113-119.
- Batten, M., Stevenson, E., Zimmermann D., Isaacs, C. (2017). Implementation of a hydrotherapy protocol to improve postpartum pain management. *J Midwifery Womens Health*;62(2): 210-4.
- Baysal, A. (2004). Beslenme. 10. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 442-6. Bazzano, A., Littrell, L., Brandt, A., Thibeau, S., Thriemer, K., Theall, KP. (2016). Health provider experiences with galactagogues to support breastfeeding: a cross-sectional survey. *Journal of Multidisciplinary healthcare*.9: 623–630.
- Bazzano, A., Littrell, L., Brandt, A., Thibeau, S., Thriemer, K., Theall, K.P. (2016). Health provider experiences with galactagogues to support breastfeeding: a cross-sectional

- survey. *Journal of Multidisciplinary healthcare*. 9: 623–630.
- Benoit, B., Goldberg, L., Campbell-Yeo, M. (2016). Infant feeding and maternal guilt: The application of a feminist phenomenological framework to guide clinician practices in breast feeding promotion. *Midwifery*. 34: 58–65.
- Bergmann, R.L., Bergmann, K.E., Weizsäcker, K., Berns, M., Henrich, W., Dudenhausen, J.W. (2014).Breastfeeding is natural but not always easy: Intervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. *Journal of Perinatal Medicine*;42(1):9-18.
- Bolat, F., Uslu, S., Bolat, G., Bülbül, A., Arslan, S., Çelik, M., Nuhoglu, A. (2011). İlk Altı Ayda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler. *Çocuk Dergisi*, 11(1): 5-13.
- Boskabadi, H., Ramazanzadeh, M., Zakerihamidi, M., Omran, FR.(2014). Risk factors of breast problems in mothers and its effects on newborns. *Iranian Red Crescent Medical Journal*;16(6):e8582(1-6).
- Breastfeed Med Academy of breastfeeding medicine protocol committee [ABM] (2010). Clinical protocol #8: *Human milk storage information for home use for fullterm infants* (original protocol March 2004; revision #1 March ; 5(3):127-30.
- Buckley, (2010). *Sexuality in labour and birth: an intimate perspective*. In: Downe, S., Walsh, D. (eds) *Intrapartum Care*. Wiley-Blackwell:Oxford <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781444317701.ch12> adresinden ulaşıldı.
- Burky, M., Bloom, D., Shope, T. (2011). *Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a Randomized Trial*. *Pediatrics*;128(2):280-8.
- Büyükkayhan, D., Kurtoğlu, S. (2006). Gebelikte ve laktasyon döneminde ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*; 2(5):23-35.
- Can, G., Çoban, A., İnce, Z.(2010). *Yenidoğan sarılıkları*. Neyzi O, Ertuğrul T, (ed). *Pediyatri*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. p. 467-90.
- Can, H.Ö. (2015). Doğum Sonrası Bakım Rehberlerinin Kanıt Temelli Çalışmalarla Gözden Geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(2): 40-47.
- Cangöl, E. Şahin, N.H. (2014). Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45:100-5.
- Cashion, K. (2004). Postpartum physiology & nursing care of postpartum woman. In:

- Lowdermilk DL, Perry SE, editors. *Maternity & Women's Health Care*. 8th ed. Philadelphia: Mosby;. p. 427-67.
- Cohen, S.S., Alexander, D.D., Krebs, N.F., Young, B.E., Cabana, M.D., Erdmann, P.(2018). *Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis*. J Pediatr. 203: 190-6.
- Coşkun, T. (2003). Anne Sütü İle Beslenmenin Yararları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 25 (2), 199-200.
- Cullinane, M., Amir, L.H., Donath, S.M., Garland, S.M., Tabrizi, S.N., Payne, M.S.(2015). *Determinants of mastitis in women in the castle study: a Cohort Study*. BMC Family Practice;16(1):1-8
- Cunningham, F.D., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L. (2014). *Cesarean sectionand postpartum hysterectomy* In: Williams Obstetrics24st ed. New York McGraw- HillEducation.p:587-588.
- Çaka, Y.S., Topal, S., Altınkaynak, S. (2017). Anne Sütü ile Beslenmede Karşılaşılan Sorunlar, *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 3(2):120-8.
- Çakmak, Dengi, A.S.D. (2019). Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*. 23 (1): 9-19 doi: 10.15511/tahd.19.00009.
- Çalık, K.Y., Çetin, F.C., Erkaya, R. (2017). Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. GÜSBD;6(3): 80-91.
- Çalış, G. (2009). *Kadınların evde doğum deneyimlerinin betimlenmesi: Olgu bilim çalışması*, Yüksek lisans tezi, s:10, İzmir.
- Çamurdan, A.D., İlhan, A.N., Beyazova, U., Sahin, F., Vatandaş, N., Eminoğlu, S. (2008). *How to achieve long-term breast-feeding: factors associated with early discontinuation*. Public Health Nutrition;11 :1173-1179.
- Çaylan, Yalçın, S.S. (2020). *Türkiye'de ve Dünya'da Emzirmenin Durumu: Emzirmenin Desteklenmesi İçin Öneriler*. Başkan S, editör. Çocuk Beslenmesi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.4-11.
- Çetin, S.A. (2016). Postpartum sexuality. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis NursSpecial Topics*. 2(1):35-41.

- Çevik, A., Alan, S. (2020). Doğum Sonu Dönemde Yapılan Geleneksel Uygulamalar, *Lokman Hekim Dergisi*, 10 (1): 14-22.
- Çınar, N., Topal, S., Altınkaynak, S.(2015). Gebelikte Sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. *Journal of Human Rhythm* ;1(2):52-7.
- Davies, G.A., Wolfe, L.A., Mottola, M.F., MacKinnon, C. (2003). Joint SOGC/CSEP Clinical practice guideline: Exercise in pregnancy and the postpartum period. *Canadian Journal of Applied Physiology*;28(3):329-41.
- Desmond, D., Meaney, S .(2016). A Qualitative study investigating the barriers to returning to work for breastfeeding mothers in ireland. *International Breastfeeding Journal*;11(16):1-9.
- Dieterich, C.M.(2013). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin N Am* 2013; 60: 31-48.
- Dölen, İ., Gökçü, M. (2002). Sezaryen ve etik. *Kadın Doğum Dergisi*. 1(1), 12-15.
- Eker, A., Yurdakul, M. (2006). Annelerin Bebek Beslenmesi Ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9): 158-163
- Erbaş, N. (2017). Postpartum dönemde kadınların doğum şekline göre yaşadıkları sağlık sorunlarının belirlenmesi: Sivas'tan 2012 yılına ait bir örnek. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(4), 133-138.
- Erçel, Ö., Süt, H.K. (2020). Postpartum Dönem Kadınlarında Uyku ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 1:23-30.
- Erkul, P.E., Yalçın, S.S., Kılıç, S. (2010). Evaluation of breastfeeding in a Baby-Friendly City, Corum, Turkey. *Cent Eur J Public Health*; 18: 31- 37.
- Esencan Y.T., Karabulut Ö., Demir Y.A., Ertuğrul A.D., Külek H., Küreşir, Ü.A (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 31-43.
- Evcil, F.Y., Zoroğlu, G. (2020). Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Kafkas J Med Sci*.10(3):221–227 doi: 10.5505/kjms.2020.26429.
- Fındık, R.B., Taflan, S., Güven, H.K., Koç, E.M.E., Ceylan, S., Moraloğlu, Ö. (2015). Meme Boyutu, Anne Yaşı ve Paritenin Emzirme Süresi Üzerindeki Etkileri. *Ortadoğu Tıp*

Dergisi. 7(2): 76-78.

- Friguls, B., Joya, X., García-Algar, O., Pallás, C.R., Vall, O., Pichini, S. (2010). *A Comprehensive Review of Assay Methods to Determine Drugs in Breast Milk and the Safety of Breastfeeding When Taking Drugs*. *Analytical and Bioanalytical Chemistry*;397(3):1157-79.
- Fu, I.C.Y., Fong, D.Y.T., Heys, M., Lee, I.L., Y., Sham, A., Tarranta, M. (2014). Professional Breastfeeding Support For First-Time Mothers: A Multicentre Cluster Randomised Controlled Trial, *Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists*, Sayı, 121, Sayfa, 1673–1684.
- Gartner, L.M., Morton, J., Lawrence, R.A. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 200, 115(2), 496-506, Tezi, American Pediatri Akademisi Emzirme Bölümü DOI: 10.1542/peds.2004-2491 adresinden erişildi.
- Gedük, E.A. (2018). *Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini*. HSP.; 5 (2): 253-258. DOI: 10.17681/hsp.358458.
- Genna, C.W. (2017). Emzirme: Normal Emme ve Yutma. E.Gerçek (Ed.), N.A Didişen (Ed.), S.S. Karabudak (Ed). *Anne Sütü Alan Bebeklerde Emme Becerilerini Destekleme* içinde, (2.bs., ss.15-77). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Gerd, A.T., Bergman, S., Dahlgren, J., Roswall, J., Alm, B. (2012) *Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age*. *Acta Paediatr*;101(1): 55-60.
- Giray, H. (2004). Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* ;13(1):12-5.
- Gözükara, F., Eroğlu, K. (2011). Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 89-100.
- Gül, P., Algier, L., Kaya, N., Filiz, Ç. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Med J*, 36:184-90.
- Güler, Ç., Akın, L. (2012). Bosi ATB. Bebek Beslenmesi. In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler Cilt III. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1273-80.
- Güler, E.S., Yanikkerem, E. (2018). Kadınların doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında düşünceleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(1), 27-36.
- Gür, H. (2007). Anne Sütü ile Beslenme. *Türk Ped Arş*;42(Özel Sayı):11-5.

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [TNSA] (2018). “2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55 adresinden erişildi.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [TNSA]. (2013). “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Kasım 2014, Ankara, Türkiye http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tr/2013_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-67 adresinden erişildi.
- Haider, R., Rasheed, S., Sanghvi, T.G., Hassan, N., Pachon, H., Islam, S.(2010). *Breastfeeding in Infancy: Identifying the program-relevant issues in bangladesh*. International Breast feeding Journal;5(21):1-12.
- Hallowell, S.G., Spatz, D.L., Hanlon, A.L., Rogowski, J.A, (2014). Characteristics of the NICU Work Environment Associated With Breastfeeding Support. *Adv Neonatal Care*. August; 14(4): 290–300. doi:10.1097/ ANC.0000000000000102.
- Hamelin, K., McLennan, J. (2000). *Examination of the use of an In-Hospital Breastfeeding Assesment Tools*. JOGNN; 26(2):181-187.
- Hannula, L., Kaunonen, M., Tarkka, M.T. (2008). A Systematic Review of Professional Support Interventions for Breastfeeding. *J ClinNurs*, 17(9):1132-43
- Hansen, A.K., Wısborg, K., Uldbjerg, N., Henriksen, T.B. (2008). *Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study*. BMJ., 336: 85-87.
- Hawkins, S.S., Griffiths, L.J., Dezateux, C., Law, C. (2007). *The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the uk millennium cohort study*. *Public Health Nutrition* ;10: 891-6.
- Isik, Y., Dag, Z.O., Tulmac, O.B. (2016). Early postpartum lactation effects of cesarean and vaginal birth. *Ginekologia Polska*. 87:426-30.
- Işık, G., Egelioglu, C.N., Aycan, Başkaya, V. (2018). Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (3), 224-232.

- İnce, T., Kondolot, M., Yalçın, S.S. (2010). Annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* ;53:189- 97.
- Jain, S., Parmar, V.R., Singla, M., Azad, C. (2009). *Problems of breast feeding from birth till discharge-experience in a medical college in chan digarh. Indian J Public Health*;53(4):264.
- Jensen, D., Wallace, S., Kelsay, P. (1994). LACTH:Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *JOGNN*, 23(1):27-32.
- Karabel, M.P., Demirbaş, M., İnci, M.B. (2017). Türkiye’ de ve Dünya’da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*. 7(4):158-163.
- Karaçam, Z., Sağlık, M. (2018). Emzirme sorunları ve sorunlara yapılan girişimler: Türkiye’de yapılan çalışmalara dayalı bir sistematik derleme. *Turk Pediatri Ars* 2018;53(3):134-48.
- Kiani, S.N., Rich, K.M., Herkert, D., Safon, C. (2017). Delivery mode and breastfeeding outcomes among new mothers in Nicaragua Rafael PérezEscamilla. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), 1-10.
- Koç, M. (2014). *0-2 Yaş Arası Çocukları Olan Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, yüksek lisans tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Konakçı, S., Kılıç, B. (2002). Sezaryen ile doğumlar artıyor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 8(11), 286-88.
- Korkut, S., Kaya, N. (2019). *Sezaryen Doğum Kararına Ebe Farkındalığı İle Etik Yaklaşım*, DOI: 10.17681/hsp.442171.
- Koyun, K. (2001). *LATCH Emzirme tanılama ölçeğinin kullanımı ve yenidoğan emzirme başarısını inceleyen bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir,
- Koyuncu, A., Canbay, E. (2002). Gebelik ve laktasyon döneminde meme kanseri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*;24(1):53-6.
- Kök, H., Şenol, E., Keskindemirci, G., Selver, M.B., Gökçay, E.G. (2020). Bir Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde 4. ve 6. Ay Sadece Anne Sütü ile Beslenme Oranları ve Anne Eğitim Düzeyi-Ön Çalışma Sonuçları. *Çocuk Dergisi - Journal of Child*, 20(2):43-47. <https://cdn.istanbul.edu.tr/file/JTA6CLJ8T5/9CD8B1ECD4897965F8347ADDFB85A> adresinden erişildi.

- Kurnaz, D. (2014). *Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler*, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, Aydın.
- Kurnaz, D., Hazar, H.U. (2021). Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2021 4(2) 76–86.
- Labbok, M.H., Pérez, A., Valdes, V., Sevilla, F., Wade, K., Laukaran, V.H. (1994). The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Advances in Contraception*;10(2):93-109.
- Lippman, A. (2004). *C-section on demand: not just a matter of choice*. Canadian Women's Health Network, 7(2/3): 4, <http://www.cwhn.ca/node/39509>.
- Maonga, A.R., Mahande, M.J., Damian, D.J., Msuya, S.E. (2016). Factors affecting exclusive breastfeeding among women in muheza district tanga northeastern tanzania: A mixed method community based study. *Maternal and Child Health Journal*;20(1):77-87.
- Mekuria, G., Edris, M. (2015). Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Int Breastfeed J*;10: 1
- Montgomery, A., Hale, T.W. (2012). The academy of breastfeeding medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, Revised 2012. *Breastfeeding Medicine*;7(6):547-53.
- Moore, E., Coty, M.B. (2006). Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy and intention. *Journal of Pediatric Health Care*, 20:35-46.
- Morgan, G.E., Mikhail, M.S., Murray, M.J. (2008). *Obstetrik Anestezi, Klinik Anesteziyoloji*. Çev. Edt: Tulunay M, Cuhruk H. 4. Baskı. 890-921. Ankara: Öncü Basımevi.
- Muresan, M. (2011). Successful Relactation-A Case History. *Breastfeeding Medicine*, 6(4):233-9.
- Neifert, M., Bunik, M. (2013). Overcoming clinica barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* . 60: 115-45.
- Nissen, E., Lilja, G., Widström, A. (1995). Elevation of oxytocin levels early postpartum in

women, *Acta Obstet., Gynecol Scand*, 74, 530-533.

Oktar, Ö., Coşkun, M.A., Bostancı, S. (2018). Anne Sütü Mucize Olmaya Devam Ediyor. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*.10(3): 228-37. DOI: 10.5336/ nurses.2017-58156.

Okumuş, F. (2016). Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli : Hollanda Örneği [Midwifery-Led Models Of Care For Childbearing Women: The Netherlands As An Example]. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health , JACSD*.Sayı: 07 p.120-133

Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD] (2015). *Caesarean sections (indicator) Total, Per 1 000 live births*. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/caesareansections.htm> adresinden erişildi.

Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2021). https://www-oecdorg.translate.google/health/healthdata.htm?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=tr&_x_tr_hl=tr&_x_tr_pto=sc adresinden erişildi.

Öz, M.E. (2020). Tokat Devlet Hastanesi 2019-2020 Yılları Arasında Sezaryen Oranları Analizi
Analysing of Caesarean Section Ratios at Tokat Public Hospital Between the Years of 2019 and 2020.*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.12(3): 83-88.

Özkara, H., Fidancı, B.E., Yıldız, D., Kaymakamgil, Ç. (2016). *Emzirme danışmanlığı*, TAF Preventive Medicine Bulletin. DOI: 10.5455/pmb.1-1436701913.

Özmert, E. (2005). Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-I: Beslenme. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48(1) , 79-195.

Öztürk, Y., Özerdoğan, N. (2020). Postpartum Ağrının Fizyolojisi ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 5(2):345-53.

Riordan, J. (1998). Predicting Breastfeeding Problems. *Lifelines*;2(6):31-33

Saner, G., Durmaz, Ö. (2010). Ağız Boşluğu. Neyzi O, Ertuğrul T, (ed). *Pediyatri*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; p. 917-34.

Savino, F., Lupica, M.M. (2006.) Breast milk, biological constituents for health and well-being in infancy. *Recenti Prog Med*, 97(10), 519-27.

Schwartz, H.P., Haberman, B.E., Ruddy, R.M. (2011). Hyperbilirubinemia: Current guidelines and emerging therapies. *Pediatric Emergency Care*;27(9):884-9.

Serçekuş, P., Mete, S. (2010). Turkish Women's Perceptions of Antenatal Education.

International Nursing Rewiev, 57(3):395- 401.

Shaw, E., Kaczorowski, J. (2007). Postpartum Care-What's new? *Curr Opin Obstet Gynecol*; 19(86): 561-67.

Shinwell, E.S., Churgin, Y., Shlomo, M., Shani, M., Flidel, R.O. (2006). The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. *Breastfeed Med* , 1:247-52.

Steven, G., Gabbe, J.R., Niebly, S.J.L. (2009). London M. Sezaryen Doğum. In: eds. *Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler* (5.basım). İstanbul, Nobel kitapevleri. p.486-492.

Stuebe, A.M., Rich, E.J.W., Willett, W.C., Manson, J.E., Michels, K.B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes, *Jama*, 294(20), 2601-10.

Sutherland, T., Pierce, C.B., Blomquist J.L. (2012). Breastfeeding practices among first-time mothers and across multiple pregnancies. *Matern Child Health*. 16: 1665-71.

Şahin, N. (2009). *Sexuality in postpartum women*. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40(3):125- 30.

Şen, O.E., Gürdal, S.Ö., Soybir, G.R. (2013). Mastitler. *Meme sağlığı dergisi/Journal of Breast Health*;9(1):1-4.

Şener, E.B., Güldoğuş, F., Karakaya, D., Barış, S., Kocamanoglu, S., Tur, A. (2003). Comparison of Neonatal Effects of Epidural and General Anesthesia for Cesarean Section. *Gynecol Obstet Invest*; 55(1), 41-5

Şentürk, E.A. (2010). *Doğal Bir aile planlaması yöntemi: Laktasyonel amenore yöntemi*, TAF Preventive Medicine Bulletin;9(4):383- 90.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi (2014). Sağlık Meslek Mensuplarının *İş ve Görev Tanımları*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19696&MevzuatTur=7MevzuatTertip=5> adresinden erişildi.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). *Emzirme Danışmanlığı El Kitabı*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Ankara. file:///C:/Users/csp/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_a%C3%A7sap23%20(4).pdf adresinden erişildi.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2010). *Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi*. Ankara: Damla Matbaacılık. <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetimrehberipdf.pdf> adresinden erişildi.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2017). *Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi*

Başkanlığı, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-s%C3%BCt%C3%BCn%C3%BCn-te%C5%9Fviki-ve-bebek-dostu-sa%C4%9Fl%C4%B1k-kurulu%C5%9Flar%C4%B1-program%C4%B1.html> adresinden erişildi.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı [SİY]. (2020). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> . Adresinden erişildi.

Tampah-Naah, A.M., Kumi-Kyereme, A. (2013). Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in ghana: a cross-section study. *International Breastfeeding Journal*, 8:13.

Tappin, D.M, Mackenzie, J.M. (2001). Comparison of breastfeeding rates in Scotland in 1990-1991 and 1997- 1998. *BMJ International* 322:13356.

Taşkın, L. (2021). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. *Doğum Eylemi, Doğum Sonu Dönem, Yenidoğanın Beslenmesi*, Akademisyen kitabevi yayınevi, Ankara, s:275;455-484;487-512.

Tavoulari, E.F, . Benetou, V., Vlastarakos, P.V., Andriopoulou, E., Kreatsas, G., Linos, A. (2015) . *Factors affecting breast-feeding initiation in greece: What is Important.? Midwifery*;31(2):323- 31.

Tewabe, T. (2016). Timely initiation of breastfeeding and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara regional state, Ethiopia, 2015: A crosssectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16: 314.

Tiruye, G., Mesfin, F., Geda, B., Shiferaw, K. (2018). Breastfeeding technique and associated factors among breastfeeding mothers in Harar city, Eastern Ethiopi. *International Breastfeeding Journal*. 13(5): 1-9. DOI 10.1186/s13006- 018-0147-z.

Tiryaki, Ö., Altınkaynak, S. (2021). *Emzirme Danışmanlığında Hemşirenin Rolü*. DOI: 10.17942/sted.627192.

Tokat, M.A., Serçekus, P., Yenal, K. (2015). Early Postpartum breast-feeding outcomes and breast feeding self-efficacy in turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *Int J Nurs Knowl*. 26: 73-9.

- Trimeloni, L., Spencer, J. (2016). Diagnosis and management of breast milk oversupply. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2016;29(1):139-42.
- Tügdür, M., Ögüt, S., Karaman, A.D., Günay, N. (2020). Yeni Doğum Yapmış Annelerin Anne Sütü ile İlgili Uygulama ve Görüşleri:Aydın'da Bebek Dostu Hastane Örneği, *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(4):617-624.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2020). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2020-33707> adresinden erişildi.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA]. (2018). http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf adresinden erişildi.
- Türkyılmaz, C. (2016). Emzirme Danışmanlığı ve Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar, *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* Cilt: 8 Sayı: 2, Mart – Nisan.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2016). 1. *Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi*, https://www.unicefturk.org/yazi/haber_annesutu#:~:text=D%C3%BCnya%20Emzirme%20Haftas%C4%B1%2C%20anne%20s%C3%BCt%20ve%20iyili%C4%9Fini%20g%C3%B6zetmektedir,adresinden%20eri%C5%9Fildi.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2019). *The State of the World's Children. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world.* New York: UNICEF.
- Uscher, P.L., Mehrotra, A., Bogen, D.L. (2017). The emergence and promise of telelactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, august;217(3): 176-178.
- Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, S., Hassoy, H. (2005). Toplumda Anne Sütü Verme ve Buna Etki Eden Faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48: 226–233.
- Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J., França, G.V., Horton, S., Krasevec, J., Group, T.L.B.S. (2016). Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, And life longeffect.*The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Vivienne, AR., Warrington, V., Linder, R., Williams, SC. (2004). *Factors influencing infant feeding method in an urban community.* *Journal of The National Medical Association*

March , 96(3):325-331.

- Wang, S., Guendelman, S., Harley, K., Eskenazi, B. (2018). When Fathers are Perceived to Share in the Maternal Decision to Breastfeed: *Outcomes from the Infant Feeding Practices Study II. Maternal and Child Health Journal.* 22:1676–1684. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2566-2>.
- Wiklund, I., Norman, M., Uvnas-Moberg, K., Ransjö-Arvidson, A.B., Andolf, E. (2009). Epidural analgesia breast success and related factors. *Midwife*; 25: 31-38.
- Willis, S., Ahmed, A., Ouzzani, M. (2013). Development And Assessment Of An Interactive Web-Based Breastfeeding Monitoring System (LACTOR), *Matern Child Health Journal*, Sayı:17, Sayfa:809-815.
- Wilson, M.J., MacArthur, C., Cooper, G.M., Bick, D., Moore, P.A., Shennan, A. (2010). COMET Study Group UK. Epidural analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a nonepidural comparison group. *Anaesthetic*; (65), 145-53.
- World Health Organization [WHO]. (2009). *UNICEF and Wellstart International. Baby Friendly Hospital Initiative, Revised Updated and Expanded for Integrated Care.*
- World Health Organization [WHO]. (1997). *Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood, Division of Reproductive Health. Care in Normal Birth: A Practical Guide.* WHO/FRH/MSM/96.24. Report of a technical working group. Geneva: WHO, 1997. Accessed January 6, 2009. Available at: <http://www.who.int/reproductive-health/publications>.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1523-536X.2008.00306.x> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2000). Mastitis: Causes and Management. Geneva: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66230/1/WHO_FCH_CAH_00_13_eng.pdf adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2015). Statement on Caesarean Section Rates Available from:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO]. (2015). Statement on Caesarean Rates http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatem

ent/ adresinden erişildi.

- Yalçın H. (2011). *Anne Adaylarına Verilen Eğitimin (ASBEP) Gebelik, Doğum, Lohusalık Ve Bebek Bakımına İlişkin Fonksiyonel Olmayan Uygulamalara Etkisi (Karaman İli Örneği)*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bilim Dalı, Konya.
- Yalçın, S.S. (2017a). *Anne sütü ile beslenmenin yaygınlaştırılması ve desteklenmesi*. In: Gökçay G and Beyazova U (eds) *İlk beş yaşta çocuk sağlığı izlemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, , s: 272-84.
- Yalçın, S.S., Yalçın, S., Kurtuluş, Y.E. (2014b). Determinants of continued breastfeeding beyond 12 months in Turkey: secondary data analysis of the Demographic and Health Survey. *Turk J Pediatr*. 56:581-91.
- Yenal, K., Tokat, M.A., Ozan, Y.D., Çeçe, Ö., Abalın, F.B. (2013). Annelerin Emzirme Özyeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (2), 14-19
- Yılmaz, E., Öcal, F.D., Yılmaz, Z.V., Ceyhan, M., Kara, O.F., Küçüközkan, T. (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turkish Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 14(1), 1-9.
- Yılmaz, G., Gürakan, B., Akgün, S., Özbek, N. (2002). Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Turk J Pediatr*, 44:30-34.