



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARDA, ERKEN TEN TENE  
TEMASIN, EMZİRME VE DOĞUM SONU KANAMA ÜZERİNE  
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ZÜLFİYE SERAP SÜRÜCÜ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

İSTANBUL - 2019





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARDA, ERKEN TEN TENE  
TEMASIN, EMZİRME VE DOĞUM SONU KANAMA ÜZERİNE  
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ZÜLFİYE SERAP SÜRÜCÜ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

İSTANBUL - 2019

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program türü : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Zülfıye Serap Sürücü  
Sınav Tarihi ve Saati : 20.09.2019 13:30  
Tez Başlığı : "Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda, Erken Ten Tene Temasın, Emzirme ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi"

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum Adı)	İmza
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde Ekşi Güloğlu (Marmara Üniversitesi)	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Karakoç (Marmara Üniversitesi)	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Feride Yiğit (Hasan Kalyoncu Üniversitesi)	

## ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .....02.10.2019.....tarih ve .....121.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## **I. BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Zülfiye Serap Sürücü

## II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, bilimsel ve kişisel desteğiyle her zaman yanımda olan, gösterdiği ilgi, anlayış ve sabır için kıymetli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU' ya,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimim boyunca ders aldığım, üzerimde emeği olan tüm öğretim üyelerine,

Sadece yüksek lisans döneminde değil, hayatımın her döneminde yanımda olan, en büyük desteği sağlayan ve başarılı olabilmem için hiç bir fedakarlıktan kaçınmayan çok değerli annem Sultan ÖZTÜRK'e, babam Orhan ÖZTÜRK'e ve kardeşim Özhan ÖZTÜRK'e,

Hayatımın zor bir döneminde; tez aşamasında tanışıp evlendiğim, her zaman huzur ve mutluluk veren, maddi manevi destek olan, sabır ve anlayış gösteren, sevgili eşim, yol arkadaşım, Yüksek Bilgisayar Mühendisi Mustafa SÜRÜCÜ'ye,

Çalışmamıza katılmayı kabul eden tüm kadınlara ve onların yeni doğmuş bebeklerine,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Zülfiye Serap Sürücü

İstanbul, 2019

## III. İÇİNDEKİLER

<b>I. BEYAN</b> .....	<b>i</b>
<b>II. TEŞEKKÜR</b> .....	<b>ii</b>
<b>III. İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>IV. KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>V. TABLOLAR LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>VI. ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>3. GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>3</b>
3.1. Giriş .....	3
3.2. Çalışmanın Amacı; .....	5
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
4.1. Anne Sütü.....	6
4.1.1. Kolostrum .....	6
4.1.2. Geçiş sütü .....	7
4.1.3. Olgun süt .....	8
4.2. Emme Fizyolojisi.....	9
4.3. Emzirme Süresi .....	10
4.4. Emzirme Sıklığı.....	11
4.5. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler .....	12
4.5.1. Bebeğe ait faktörler .....	12
4.5.2. Anneye ait faktörler.....	12
4.6. Erken Ten Tene Temas (ETT) .....	13
4.6.1. Erken ten tene temasın tanımı/fizyopatoloji .....	13
4.6.2. Erken ten tene temasın amaçları .....	14
4.6.3. Erken ten tene temasın yararları .....	15
4.6.4. Sezaryende erken ten tene temas .....	17
4.6.5. Erken ten tene temasın postpartum kanama miktarı üzerine etkisi.....	21
4.6.6. Erken ten tene temas uygulamasında bariyerler .....	25
4.6.7. Erken ten tene temas uygulamasını destekleyen kuruluşlar .....	25
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>27</b>
5.1. Araştırmanın Amacı .....	27

5.2. Araştırmanın Şekli.....	27
5.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	27
5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
5.4.1. Sezaryen doğumlarda hastanenin rutin uygulaması.....	28
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
5.5.1. Araştırmanın evreni.....	32
5.5.2. Araştırmanın örnekleme.....	32
5.5.2.1. Çalışma algoritması.....	33
5.5.3. Örneklem Seçimi.....	34
5.6. Veri Toplama Araçları.....	36
5.6.1. Anket formu ( Ek1 ).....	36
5.6.2. Emzirme gözlem formu (Ek2).....	36
5.6.3. Emzirme değerlendirme ölçeği (IBFAT) (Ek 3).....	37
5.6.4. Visual analog skala (VAS) (Ek 4).....	38
5.7. Veri Toplama Aşamaları.....	39
5.7.1. Araştırmanın ön uygulaması.....	39
5.7.2. Araştırmanın uygulanması.....	39
5.7.3. Araştırmanın aşamaları ve uygulanması .....	43
5.8. Araştırmada kullanılan temel değişkenler .....	44
5.8.1. Bağımsız değişkenler: .....	44
5.8.2. Bağımlı değişkenler: .....	44
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	45
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	45
5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
5.12. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Durumlar .....	46
5.12.1. Olumlu durumlar.....	46
5.12.2. Olumsuz durumlar.....	47
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>48</b>
6.1. Kadınların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulgular.....	48
6.2. ETT Uygulaması ve Emzirmeye Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular .....	54
6.3. ETT'nin Doğum Sonu Ağrı ve Kanama Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular.....	75

<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>79</b>
7.1. Kadınların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması .....	79
7.2. ETT Uygulaması ve Emzirmeye Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması .....	85
7.3. ETT'nin Doğum Sonu Ağrı ve Kanama Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	93
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>96</b>
8.1. Sonuç .....	96
8.2. Öneriler .....	99
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>100</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>113</b>
EK 1. Anket Formu .....	113
EK 2. Emzirme Gözlem Formu .....	120
EK 3. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT- The Infant Breastfeeding Assesment Tool).....	121
EK 4. Vizuel Analog Skala (VAS).....	123
EK 5. Gönüllü Bilgilendirme Formu.....	124
EK 6. Gönüllü Onay Formu.....	127
EK 7. Etik Kurul Onayı .....	128
EK 8. Kurum İzni.....	129
EK 9. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) Kullanım izni.....	130
EK 10. Kongre Bildirisi.....	131
Ek 11. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	132
<b>11. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>133</b>

## **IV. KISALTMALAR LİSTESİ**

**AAP:** American Academy of Pediatrics

**ABM:** Academy of Breastfeeding Medicine

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**DTT:** Derhal Ten Tene Temas

**ETT:** Erken Ten Tene Temas

**KB:** Kanguru Bakımı

**KC:** Kangaroo Care

**NRP:** Neonatal Resuscitation Program

**PPA:** Postpartum Ağrı

**PPK:** Postpartum Kanama

**TT:** Ten Tene Temas

**TNSA:** Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması

**UK:** United Kingdom

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund

**WHO:** World Health Organization

<b>V. TABLOLAR LİSTESİ</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1. Kadınların Demografik Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 3. Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4. Gruplardaki Kadınların ETT Uygulamasına İlişkin Bulgularının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	55
Tablo 5. Gruplardaki Kadınların IBFAT Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	57
Tablo 6. Gruplardaki Kadınların Emzirme Gözlem Formu (EGF) Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	58
Tablo 7. Gruplardaki Kadınların Doğum Sonu İlk Kendi Emzirmelerinde Uygulanan Emzirme Gözlem Formuna (EGF) İlişkin Bulgularının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	60
Tablo 8. Gruplardaki Kadınların Doğum Sonu 24.Saatte Uygulanan Emzirme Gözlem Formuna (EGF) İlişkin Bulgularının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	64
Tablo 9. ETT Uygulaması Sonrası Bebeğe Ait Özelliklere İlişkin Bulguların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	69
Tablo 10. ETT Uygulaması Sonrası Bebeğin Ağlama Durumuna İlişkin Bulguların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	71
Tablo 11. Kadınların Emzirme Sorunları Yaşama Durumuna İlişkin Bulguların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	73
Tablo 12. Kadınların Kolostrum Gelme Zamanının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	74
Tablo 13. Kadınların Vizuel Analog Skala (VAS) Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	76
Tablo 14. Kadınların Sezaryen Öncesi Kan Değerlerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	77
Tablo 15. Kadınların Sezaryen Öncesi ve Sonrası Kan Değerleri Farkının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	78

## VI. ŞEKİLLER LİSTESİ

**Sayfa  
No**

Şekil 1. Apgar Skorlaması

18

Şekil.2. Çalışma Algoritması

33

Şekil 3. Araştırma Grupları

34

Şekil 4. Araştırmanın Aşamaları ve Uygulanması

43

Şekil 5. Verilerin Değerlendirilmesi

45

## 1. ÖZET

### **Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda, Erken Ten Tene Temasın, Emzirme ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin adı:** Zülfiye Serap SÜRÜCÜ

**Danışmanı:** Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

**Anabilim Dalı:** Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Sezaryen doğum yapan kadınlarda, erken ten tene temasın, emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla; randomize kontrollü ve deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma İstanbul'da, bir eğitim ve araştırma hastanesinde sezaryen doğum yapan, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 88 kadınla yapılmıştır (Deney:47, Kontrol:41). Veri toplanması aşamasında Anket Formu, Emzirme Gözlem Formu, Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) ve Vızuel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Kadınların tanımlayıcı ve obstetrik özellikleri ile bebeklerin tanımlayıcı özellikleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda toplam erken ten tene temas süresi ortalaması  $67,34\pm 13,20$  dk. olarak bulundu. İlk emzirme süresi deney grubunda ortalama  $7,82\pm 2,49$  dk, kontrol grubunda  $5,60\pm 1,90$  dk olarak gerçekleşti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-4,765$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki kadınların ilk kendi emzirmesinde IBFAT puan ortalamaları  $8,68\pm 1,56$ , kontrol grubundakilerin ise  $5,29\pm 1,50$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-6,854$   $p<0,001$ ). Kadınların doğum sonu 2. Saatte VAS ağrı puan ortalamaları deney grubunda  $4,76\pm 1,16$ , kontrol grubunda  $5,60\pm 1,18$  oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,192$   $p=0,001$ ).

**Sonuçlar:** Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temasın, emzirme başarısını artırdığı, doğum sonu kanama miktarını ve kadınların ağrı düzeylerini azalttığı belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Erken ten tene temas, Sezaryen, Emzirme, Doğum sonu kanama

## 2.SUMMARY

### **Evaluation of the Effect of Early Skin to Skin Contact on Breastfeeding and Postpartum Hemorrhage in Women with Cesarean Birth**

**Student's Name:** Zülfiye Serap SÜRÜCÜ

**Thesis advisor:** Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

**Department:** Marmara University Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

**Aim:** In order to evaluate the effect of early skin-to-skin contact on breastfeeding and postpartum hemorrhage; randomized controlled and experimental study.

**Materials and Methods:** The study was conducted with 88 women who had delivered by cesarean section in a training and research hospital in Istanbul, who met the sampling criteria and agreed to participate in the study (Experiment: 47, Control: 41). Questionnaire, Breastfeeding Observation Form, Breastfeeding Assessment Scale (IBFAT), Visual Analogue Scale (VAS) were used in the data collection stage.

**Results:** There was no statistically significant difference between the groups in terms of the descriptive and obstetric characteristics of the women and the descriptive characteristics of the babies ( $p>0.05$ ). Mean early skin-to-skin contact duration in the experimental group was  $67.34\pm 13.20$  min. as found. The mean duration of first breastfeeding was  $7.82\pm 2.49$  min in the experimental group and  $5.60\pm 1.90$  min in the control group, and a statistically significant difference was found between the groups ( $t = -4.765$   $p < 0.001$ ). The mean IBFAT score in the first breastfeeding of the women in the experimental group was  $8.68\pm 1.56$ , and the control group was  $5.29\pm 1.50$ , and a statistically significant difference was found between the groups ( $t = -6.854$   $p < 0.001$ ). The mean VAS pain score was  $4.76\pm 1.16$  in the experimental group and  $5.60\pm 1.18$  in the control group, and a statistically significant difference was found between the groups ( $t = -3.192$   $p = 0.001$ ).

**Conclusion:** It was determined that early skin-to-skin contact increases the success of breastfeeding, decreases the amount of postpartum hemorrhage and pain levels of women in cesarean section.

**Key Words:** Early skin to skin contact, Cesarean section, Breastfeeding, Postpartum hemorrhage.

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

#### 3.1. Giriş

Anne sütü, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu bebeklik döneminde, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için gerekli olan tüm özelliklere sahip, en uygun besin maddesidir (Aghdas ve ark., 2014; Gölbaşı ve Koç, 2008; Cangöl ve Hotun Şahin, 2014). Uygun seviyede büyüme ve gelişmenin sağlanabilmesi için, anne sütünün yeterli ve eşsiz bir besin kaynağı olduğu tüm dünyada kabul görmüş ve bilimsel çalışmalarla ispat edilmiştir (WHO, 2013; Samur, 2012). İnsan sütü, insan bebeğinin tüm ihtiyaçlarını benzersiz bir şekilde karşılayacak tek besindir ve emzirmek de bebeğin sağlığı bakımından faydalıdır (Bramson ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bebeklerin ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmesini, bu dönemde bebeklere su dahil hiç bir ek besin verilmemesini, 6. aydan itibaren de ek gıdalara başlanarak, emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (WHO, 2003). DSÖ, Temel Beslenme Eylemleri 2013'te de, küresel bir halk sağlığı önerisi olarak bebeklerin optimal büyümesi, gelişmesi ve sağlığı için ilk altı ay boyunca emzirilmesi gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2013).

Emzirmenin daha etkili ve başarılı olması, uzun süre devam etmesi için Erken Tene Tene Temas (ETT) uygulaması, önemli bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tene tene temas (TT); bebeğin çıplak ve kurulanmış olarak, genellikle annesinin çıplak göğsüne koyulması, sıklıkla üzerine ılık bir havlu ya da örtü örtülmesini içeren bir uygulamadır (Moore ve ark., 2016).

Erken ten tene temas (ETT), doğumdan sonraki ilk 10 dakika ile 24 saat arasında ten tene temas uygulaması yapılmasıdır (Moore ve ark., 2016).

Derhal ten tene temas (DTT) ise bebeğin doğumunu takip eden ilk 10 dakika içerisinde ten tene temas uygulamasına başlanmasıdır (Moore ve ark., 2016).

Hastanelerin bir çoğunda vajinal doğumdan hemen sonra ETT uygulanmasına rağmen, çok azında sezaryen esnasında, ameliyathanede bu uygulama yapılmaktadır (Abedi ve ark., 2016; Aghdas ve ark., 2014; Conde-Agudelo ve Diaz-Rossello, 2016; Moore ve ark., 2016).

Tene tene temasın anne ve bebek üzerine pek çok olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir. Bebeğe olan etkileri incelediğimizde, ETT'nin; bebekte hiperglisemiye önlediği, bebeğin solunumunu ve oksijenizasyonunu düzenlediği, bebeğin vücut ısısının düzenli olmasını sağladığı, stres hormonlarını ve ağlamayı azalttığı, kan basıncını düzenlediği belirtilmiştir (Moore ve ark., 2016; Sarper, 2015; Hakala ve ark., 2017).

ETT'nin anneye olan etkilerini incelediğimizde ise; ETT uygulaması esnasında bebeğin elleriyle ve diliyle anne göğsüne dokunması ve ayaklarının anne karnına değmesi ile annede oksitosin seviyesi artması, annede bağlanma davranışlarını artırması gösterilebilir (Moore ve ark., 2016; Saxton ve ark., 2015). Bütün bu olumlu sonuçların yanında; ameliyathane ortamında sezaryenle doğan bebekleri ile ten tene teması sağlanan annelerin, kalp atım hızlarında ve kan basıncında anlamlı bir düşüş olduğu ve bebeğiyle ten tene teması sağlanamayan annelere göre yaşamsal bulgularının daha stabil olduğu belirtilmektedir (Abedi ve ark., 2016; Aghdas ve ark., 2014; Conde-Agudelo ve Diaz-Rossello, 2016; Moore ve ark., 2016).

Doğum sonu dönemde, bebekleriyle ETT sağlanan annelerin, emzirmeye de erken başlamaları beklenmektedir. Bebeğin emmeye başlamasıyla annede oksitosin ve prolaktin salgılanır. Süt salgılama ve emzirme süreci, uterus kontraksiyonlarına yol açar. Böylece annelerde doğum sonu kanama miktarında azalma ve uterus involüsyonunun daha hızlı olması gibi faydalar gözlenebilir. Annelerin doğumdan sonra emzirmeye başlaması erken olur ve sık aralıklarla sürdürülürse, uterusun doğum öncesi durumuna dönmesi daha hızlı gerçekleşir; doğum sonu kaybedilen kan miktarının azaldığı belirtilmiştir (Hobbs ve ark., 2016; Abedi ve ark., 2016; Irmak, 2016; Topal ve ark., 2017; WHO, 2013; Samur, 2008).

Ten tene teması ameliyathanelerde yeni bir uygulamadır. Kadın doğum, çocuk ve anestezi uzmanları, ebeler, hemşireler ve yenidoğan bakımı için sorumlu olan kişilerin, bu uygulamanın anne ve bebek için, kanıta dayalı, fiziksel ve ruhsal sağlığa faydaları hakkında eğitilmesi gerekmektedir (Aghdas ve ark., 2014; Conde-Agudelo ve Diaz-Rossello, 2016; Chiu ve Anderson, 2009).

Sezaryen doğum yapan kadınlar, hem rutin uygulamalar hem de annenin anestezi almış olması sebebiyle bebeği tutma ve emzirmeyi başlatma konusunda vajinal doğum yapan annelere göre çok daha fazla yardıma ihtiyaç duymaktadır. Erken

dönemde emzirmenin başlatılmasını sağlamak hemşirelerin temel sorumluluklarından biridir (Holmes ve ark., 2013; Günay, 2011; Hobbs ve ark., 2016).

Yapılan literatür incelemesinde, Türkiye'de sezaryen doğumlarda ETT'nin , emzirme üzerine etkisini değerlendiren çalışmalar görülmüş, doğum sonu kanamayı ve doğum sonu ağrıyla etkileyip etkilemediğini gösteren bir çalışma bulunamamıştır. ETT konusunda mevcut çalışmaların sonuç ve önerilerinde ETT uygulamasıyla ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiği özellikle vurgulanmıştır.

### **3.2. Çalışmanın Amacı;**

Araştırma, spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan kadınlarda, bebekleriyle ETT uygulamasının, emzirme, doğum sonu ağrı ve kanama üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Anne Sütü**

Anne sütü, yenidoğan bebeğin optimum düzeyde beslenmesi, büyümesi ve gelişmesi için tüm ihtiyaçlarını eksiksiz olarak karşılayabilen; immünolojik ve besin değeri açısından zengin, biyoyararlılığı yüksek ve sindirimi kolay, en önemli ve en ideal besin kaynağıdır (Gölbaşı ve Koç, 2008; Samur, 2012; Aghdas ve ark., 2014). Bütün memelilerin sütleri, kendi yavruları için benzersiz ve ideal besindir. Her annenin sütü kendi bebeğinin ihtiyacı doğrultusunda uygun miktar ve özelliktedir (Samur, 2012; Giray, 2004). İnsan bebeğinin tüm ihtiyaçlarıyla mükemmel bir şekilde eşleşen besin de insan sütüdür ve emzirme bebeğin sağlığına fayda sağlamaktadır (Bramson ve ark., 2010).

Bebeğin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için, anne sütünde bulunan mineral, vitamin, karbonhidrat ve yağ miktarları öğünlere, günlere ve yıllara göre değişim göstermektedir (Wiessinger ve ark., 2011; Samur, 2012; Giray, 2004).

Anne sütü, salgılandığı dönem ve içeriğine göre kolostrum, geçiş sütü ve olgun süt olarak üçe ayrılır (Samur, 2012; Giray, 2004).

#### **4.1.1. Kolostrum**

Kolostrum (ağız sütü): Doğum sonu yaklaşık ilk 4-5 gün boyunca salgılanan, sarımsı renkte ve koyu kıvamlı süte kolostrum adı verilir (Akkuzu, 2007; Giray, 2004; Samur, 2012). Kolostrum, anne kanının genel özelliklerine ve yapısına olan fizyolojik benzerliği ile intrauterin yaşama alışmış ve extrauterin yaşama adapte olmaya çalışan yenidoğanlar için avantajlıdır (Samur, 2012; Dennis, 2002). Kolostrum, olgun sütle karşılaştırıldığında daha fazla potasyum, protein, sodyum, magnezyum, kalsiyum,

çinko, A, D ve B12 vitaminleri içerirken; daha az enerji, yağ ve laktoz içermektedir (Samur, 2012; Giray, 2004).

Kolostrum, olgun (matür) süte göre daha fazla antienfektif öğeler bulundurmakta, A vitamini, çinko ve sodyum ile doğum sonu ilk günlerde bebeği enfeksiyonlardan korumaktadır (Samur, 2012). Kolostrum, bebeğin ilk aşısı olarak da anılmaktadır ve bebeğe kesinlikle verilmesi önerilmektedir (Giray, 2004). İçeriğinde bulunan yüksek orandaki antikor ve lökosit, laktoferrin, Sekretuar IgA, makrofajlar. T ve B lenfositler gibi antienfektif etmenler ile bebeği alerji ve enfeksiyonlara karşı korumaktadır (Samur, 2012).

Proteinleri parçalayıcı ve laksatif etkisi ile mekonyum çıkışını kolaylaştırarak, mekonyum ileusunu önler (Giray, 2004). Barsağın olgunlaşmasını sağlayan epidermal büyüme faktörlerini içerir; intoleransı, alerji gelişimini ve ayrıca bilirubin atılmasını sağlayarak da sarılığı önler (Samur, 2012). Kolostrum, immüoglobülinler ile mukozal bir tabaka oluşturmak suretiyle bebeğin gastrointestinal sistemini kaplamakta ve bu şekilde yenidoğanı dış ortamdan gelebilecek patojenlere karşı korumaktadır (Samur, 2012). Ayrıca kolostrumda, PSTI (pankreas salgısı tripsin inhibitörü) daha fazla bulunur ve yenidoğan barsağı için daha fazla koruma sağlamaktadır (Wiessinger ve ark., 2011).

Kolostrum, doğum sonu 5-10 günler arasında geçiş sütüne dönüşür ve doğum sonu 15. gün itibariyle de olgun (matür) süt özelliğini alır (Samur, 2012).

#### **4.1.2. Geçiş sütü**

Geçiş sütü: doğum sonu 5-10 gün arasında, kolostrumdan sonra salgılanmaya başlanan ve yaklaşık 1-2 hafta kadar gelmeye devam eden süttür (Akkuzu, 2007; Samur, 2012).

Geçiş sütü, kolostruma kıyasla daha düşük immunglobulin ve protein; daha yüksek kalori içeriğine, yağ, laktoz ve vitamin oranına sahiptir. (Akkuzu, 2007; Koyun, 2001; Şirin ve Erefe, 1994; Taşkın, 2003).

### 4.1.3. Olgun süt

Olgun (matür) süt: doğum sonu yaklaşık 2-3 hafta sonra salgılanmaya başlanan süttür (Samur, 2012). Anne sütündeki besin oğelerinin miktarını; alınan diyetin içeriği, emzirme zamanı ve süresi gibi pek çok faktör etkileyebilceği için besin oğelerinin dağılımını oldukça geniştir. Anne sütü 200'den fazla madde içeren kompleks bir bileşiktir ve çok büyük çoğunluğu (%87-88) sudan oluşmaktadır. Karbonhidrat, yağlar ve proteinler bu sütün yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır (Samur, 2012; Giray, 2004; Koyun, 2001; şirin ve Erefe, 1994; Taşkın, 2003).

Bir emzirme süresince, yani bir oğnde memeden gelen sütün ozellieği de farklılık göstermektedir ve n süt, son süt olarak ikiye ayrılır.

n süt: Bir emzirme oğnnn başlangıcında salgılanan ve çok miktarda üretilen süttür. İçeriği yüksek miktarda vitamin, protein, laktoz ve sudan oluşur. Bebeğin, doğum sonu ilk 6 aylık dönemde ihtiyaç duyacağı su miktarının tamamını bu n sütten karşılanır. Çok sıcak havalarda dahi, bebeğin ayrıca su veya sulu yiyeceklere ihtiyaı olmaz (Akkuzu, 2007; Giray, 2004; Taşkın, 2003).

Son süt: Bir emzirme oğnnn sonunda salgılanan ve n süte göre daha beyaz olan, daha fazla yağ içeren süttür. Bu yağ, bebeğin enerji ihtiyaının büyük bir bölümünü karşılamaktadır (Akkuzu, 2007; Koyun, 2001; şirin ve Erefe, 1994 ).

Anne sütünde dokuz protein fraksiyonu bulunur ve toplam protein miktarı inek sütünden düşük olmasına karşın, bu proteinlerin biyolojik değeri yüksektir ve de doğum sonu ilk altı ayda bebeğin protein ihtiyaını karşılar (Giray, 2004).

Anne sütündeki protein içeriğinin %60'ı biyolojik değeri yüksek ve sindirimi kolay olan Whey proteini; %30-40'ı ise sindirimi daha zor olan, bebeğe aminoasit, fosfor ve kalsiyum sağlayan, besleyici olarak kullanılan kazeindir (Giray, 2004; Samur, 2012). Bu oran dolayısıyla, anne sütü proteinlerinin vücut proteinlerine dönüşme oranını (Net Protein Kullanımı (NPU) %100), emilimi ve sindirilebilirliği yüksektir (Samur, 2012).

Anne sütünde, gastrointestinal ve solunum sisteminde etki gösteren protein yapısındaki epidermal büyüme faktörü (EGF), koloni uyarıcı faktör (CSF), insüline benzer büyüme faktörü (ILGF-I), meme kaynaklı büyüme faktörü (MDGF), sinir büyüme faktörü (NGF), taurin, etanolamin, fosfoetanolamin ve interferon büyüme faktörleri bulunur. Anne sütünde, düşük düzeyde metionin, fenil alanin, tirozin ve yüksek düzeyde taurin vardır. Taurin bir büyüme faktörü olup, büyümeyi düzenleyen, retina harabiyetini önleyen, hücre membran bütünlüğü sağlayan önemli bir aminoasittir (Samur, 2012; Giray, 2004).

Anne sütündeki antienfektif özellikli proteinler whey proteinleri fraksiyonunda bulunmakta; büyük oranda  $\alpha$ -laktalbüminden oluşmakta ve meme alveollerinde laktoz sentezinde rol oynamaktadır. Laktoferrin, lizozim, sekretuar IgA ve diğer immünglobulinler de bağışıklıkta rol oynarlar (Giray, 2004; Samur, 2012). Laktoferrin, anne sütünde bulunan total proteinlerin %10-25'ini oluşturan, demir bağlayıcı özelliği olan bir proteindir. Yenidoğanları gastrointestinal enfeksiyonlardan, bakteriostatik etkisiyle korur ve anne sütündeki demirin biyoyararlılığını da artırır (Samur, 2012).

Anne sütünde, inek sütündeki whey proteinlerinin önemli bir kısmını oluşturan ve alerjen olan  $\beta$ -laktoglobulin bulunmaz.  $\beta$ -laktoglobulin bebeklerde döküntü, alerji, solunum sisteminde bozukluk gibi sorunlara neden olabilir (Samur, 2012).

## **4.2. Emme Fizyolojisi**

Termde doğmuş, sağlıklı yenidoğanların anne sütüne ulaşması ve emebilmesi için; arama, emme, içine çekme ve yutma refleksleri vardır (Akkuzu, 2007; Çavuşoğlu, 1997; Çavuşoğlu, 2008). Bu refleksleri tek tek incelediğimizde;

Arama refleksi; bebeğin yanağına veya ağız kenarına hafifçe dokunulduğunda bebeğin ağzını açarak, o yöne doğru dönmesidir. Bebeğin, meme ucunu bulmasını ve meme dokusunu gerektiği ölçüde ağzına almasını sağlar (Çavuşoğlu, 2008; Çavuşoğlu, 1997). Meme başı bebeğin dudağına değdikten sonra, bebek ağzını açarak, dilini öne ve aşağıya uzatarak memeye yaklaşır ve emmeye başlar (Akkuzu, 2007;

Çavuşoğlu, 2008; Emzirme danışmanlığı el kitabı, Erişim tarihi: 08.09.2019, Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap23.pdf> ).

Doğumdan sonraki yaklaşık 6.haftada arama refleksi kaybolur (Çavuşoğlu, 2008).

Emme refleksi; bebeğin çene hareketleri ve sütün sağılması için gereken peristaltik dil hareketlerini içeren bir reflekstir. Bebeğin ağzına bir obje yerleştirilmesi yahut dudaklarına dokunulması ile uyarılır ve damağına herhangi bir şey dokunan bebek, emmeye başlar (Çavuşoğlu, 2008; Çavuşoğlu, 1997). Gebeliğin 17. Haftasında gelişmeye başlayan bu refleks, gebeliğin son haftalarında olgunlaşır ve doğum sonu 6. ayda da azalmaya başlar. Doğumdan sonra emme refleksi uyarılmadığı durumda azalarak kaybolur (Çavuşoğlu, 2008). Emme refleksi tam olarak gelişmemiş bebeklerde, emzirmenin daha fazla desteklenmesine gereksinim vardır (Akkuzu, 2007; Emzirme danışmanlığı el kitabı, Erişim tarihi: 08.09.2019, Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap23.pdf> ).

İçine çekme refleksi; biberondan ya da memeden alınmış sütü, bebeğin içine çekmesini ve kamışla çekiyormuş gibi memeden sütü çekerek emmesini sağlayan reflekstir (Akkuzu, 2007).

Yutma refleksi; emme refleksine eşlik eden ve sütün bebek dilinin arka kısmına değmesi ile uyarılan; spontan ve kaybolmayan bir reflekstir. Yutma refleksi, bebeğin ağzı sütle dolu olduğunda uyarılır. Yenidoğan bebeğin, emme ve yutmayı dengelemesi biraz zaman alabilir (Çavuşoğlu, 1997; Çavuşoğlu, 2008).

### **4.3. Emzirme Süresi**

Bebeğin hem ön sütten hem de son sütten faydalanabilmesi için bir emzirmenin en az 10 dakika olması gerekir. Bebeğin memede ortalama kalış süresi 15-20 dakikadır. İlk günlerde bebeklerin çene kasları kuvvetsiz olduğu için memeyi geç boşaltabilirler, ancak sonraki günlerde daha güçlü emerek bu süreyi azaltabilirler. Bazı bebekler memeyi 5 dakika gibi kısa bir zamanda boşaltıp doyarken, bazıları 20 dakika veya daha uzun süre emmeye ihtiyaç duyabilir. Bebeğin doyana kadar emmesine ve

memeyi kendiliğinden bırakmasına fırsat verilmeli, emen bebek memeden zorla ayrılmamalıdır (Akkuzu, 2007; Gür, 2007; Heird, 2008; Okumuş ve Mete, 2014; Yağcı, 2007).

#### **4.4. Emzirme Sıklığı**

Emzirmeye erken başlamanın, hem bebek hem de anne sağlığı açısından faydaları bulunmaktadır. Doğum sonu ilk yarım saat içerisinde emzirmenin başlatılması ve sık aralıklarla sürdürülmesi gerekir. Sık emzirme, süt yapımının artması için önemlidir. Ayrıca prolaktin salgısı yapımı geceleri arttığı için, geceleri sık ve düzenli emzirmek süt yapımını artırır (Akkuzu, 2007; Coşkun, 2012; Çavuşoğlu, 2008; Samur, 2008; Labarere ve ark., 2005; Okumuş ve Mete, 2014; Şafak ve Ata Tutkun, 2015). Yenidoğan bebekler, doğum sonu ilk 3-4 gün, günde 8-12 kez beslenmeye ihtiyaç duyarlar ve sonrasında kendi beslenme aralıklarını kendileri belirlemeye başlarlar. Bebek her istediğinde emzirilmeli, özellikle doğumdan sonraki ilk bir kaç gün emzirme aralıkları 2-3 saati geçirilmemelidir. Bebek emzirme zamanı gelmesine rağmen uyuyorsa, küçük uyarılar ile uyandırılıp emzirilmesi uygun olacaktır. Emzirmek için, bebeğin ağlaması beklenmemeli; uyanık olması, arama hareketleri yapması, kol ve bacaklarını hareket ettirmesi, elini ağzına götürerek yalamaya başlaması gibi hareketler gibi bebeğin aç olduğunu ve emmeye istekli olduğunu gösteren durumlar varsa emzirilmelidir (Akkoyun ve Taş Arslan, 2016; Gür, 2007).

TNSA 2013 verilerine göre yenidoğan bebeklerin %50'si doğum sonu ilk bir saat içinde emzirilmiştir. Bebeklerin % 58'i doğum sonu ilk iki ay sadece anne sütüyle beslenirken, bebeğin yaşının artmasıyla bu yüzde azalmaktadır. 4-5 aylık bebeklerde sadece anne sütü ile beslenme %10'a kadar gerilemiştir (TNSA, 2013).

## **4.5. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler**

Annelerin, yenidoğan bebeklerini emzirme davranışı ve emzirmeye başlama zamanı, bazı faktörlerden etkilenir. Bu faktörler bebeğe ya da anneye ait olabilir.

### **4.5.1. Bebeğe ait faktörler**

Bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması ya da prematüre doğması emzirmeyi olumsuz etkiler. Annenin küçük bebeğe uyum sorunu, sütün geç gelmesi, bebeğin oral motor becerilerinin tam gelişmemiş olması gibi sebeplerden dolayı emzirme sorunları oluşabilir (Bolat ve ark., 2011). Üçüz ya da çoğul gebelikler de emzirmeyi olumsuz etki edebilir. Bebeğin emme ya da yutma refleksinin zayıf olması veya olmaması, galaktozemi ya da fenilketonüri gibi doğuştan gelen metabolik bozuklukları olması, yarı damak-dudak, tavşan dudak gibi emmeyi engelleyen konjenital malformasyonu olması emzirmeyi olumsuz engeller. Ayrıca bebekte serebral defekt bulunması ya da kusma, öğürme olması da emzirmeyi olumsuz yönde etkiler (Bayram, 2006; Bolat ve ark., 2011; Cangöl ve Hotun Şahin, 2014). Yenidoğan bebeğe, biberon, emzik ya da mama verilmesi sonucunda da bebek değişik emme şekline koşullanabilir ve anne memesini emmesine engel olabilir (Bayram, 2006).

### **4.5.2. Anneye ait faktörler**

Ülkemizde sezaryen doğumların artması emzirmeyi olumsuz etkileyen faktörlerin başında gösterilmektedir. Sezaryen doğum emzirmeyi engellemese de, annenin ameliyat bölgesinde ağrı duyması, anestezi etkisinde olması, bebeği kucağında tutmakta zorluk çekmesi gibi sebepler emzirmeyi olumsuz şekilde etkiler. Yapılan çalışmalar da sezaryen doğumların emzirmeyi etkilediğini göstermiştir (Cangöl ve Hotun Şahin, 2014; Coşkun, 2012; Bayram, 2006; Pérez-Ríos ve ark., 2008; Örün ve Yalçın, 2010).

Meme sorunları da emzirmeyi etkilemektedir. Meme başı çatlakları, çökük meme başı, meme kanseri ve mastit emzirmeyi olumsuz etkiler. Mastit olan anne, diğer memeden emzirmeye devam edebilir. Meme kanseri olan anneler de etkilenmemiş memeden bebeğini emzirebilirler (Cangöl ve Hotun Şahin, 2014)

Ayrıca, annenin kullandığı ve süttten bebeğe geçen ilaçların olması, yorgunluk, uykusuzluk ve bazı geleneksel uygulamalar ile birlikte, annenin yaşı, çalışma ve eğitim durumu, alkol ve/veya sigara alışkanlığı, beslenme alışkanlıkları gibi faktörler de emzirme üzerine etkilidir. Annenin daha önce emzirmiş olma durumu, emzirme eğitimi alma durumu, annede obezite, HIV ya da tüberküloz olması da emzirmeyi etkiler. Anne ve bebek arasında erken ten tene temas sağlanamamış olması da emzirmeyi olumsuz etkileyen nedenlerden biri olarak gösterilmektedir (Öztürk ve Demir, 2001; Cangöl ve Hotun Şahin, 2014; Bayram, 2006; Bolat ve ark., 2011).

#### **4.6. Erken Ten Tene Temas (ETT)**

##### **4.6.1. Erken ten tene temasın tanımı/fizyopatoloji**

Tene tene temas (TT); bebeğin kurulanmış ve çıplak halde, genellikle annesinin çıplak göğsüne koyulmasıdır. Sıklıkla bebeğin üzerine ılık bir örtü veya havlu örtülüp, başına şapka giydirilir ve altı bezlenir (Moore ve ark., 2016; Alenchery ve ark., 2018; Stevens ve ark., 2014).

Erken ten tene temas (ETT), doğumdan sonraki ilk 10 dakika ile 24 saat arasında ten tene temas uygulamasına başlanması anlamına gelir (Moore ve ark., 2016).

Derhal ten tene temas (DTT) ise bebeğin doğumunu takip eden ilk 10 dakika içerisinde ten tene temas uygulamasına başlanması olarak tanımlanmıştır (Moore ve ark., 2016).

Kanguru bakımı (KB) terimi de genellikle TT ile birlikte kullanılmakta, ancak KB daha çok erken doğan bebeklere yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde sağlanan bakımı anlatmaktadır (UNICEF 2010).

Vajinal doğumdan hemen sonra pek çok hastanede ETT uygulanmasına rağmen, sezaryen ameliyatı esnasında, ameliyathanede ETT uygulayan az sayıda hastane olduğu bildirilmektedir (Abedi ve ark., 2016; Aghdas ve ark., 2014; Conde-Agudelo ve Diaz-Rossello, 2016; Moore ve ark., 2016).

#### **4.6.2. Erken ten tene temasın amaçları**

Yeni doğmuş bir bebeğin doğum sonundaki ilk bir saati, bebek ve ebeveynlerinin tanıştığı, aile olduğu çok özel bir zamandır ve bebek ya da annenin genel durumu bozulması veya tıbbi resüsitasyon gerektirecek durumlar dışında kesintiye uğratılmaması gereken ve ömür boyu sürecek bir deneyimdir (Phillips, 2013). Yenidoğan bebeğin, intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçiş süreci, insanın hayat döngüsündeki en dinamik ve potansiyel olarak da tehlikeli durumlardan biridir (Alenchery ve ark., 2018). Yenidoğanın ekstrauterin hayata adapte olduğu bu hassas dönemde, nörolojik ve fizyolojik gelişiminin iyileştirilmesi ve anne ile bağlanmasının gelişmesine bir zemin oluşturabilmek için anne ve bebek arasında yakın temas olmalıdır (Marin Gabriel ve ark., 2010; Alenchery ve ark., 2018). Doğum sonu ilk iki saat annenin bebeğini emzirmeye başlaması için en uygun zamandır ve hassas dönem olarak adlandırılır. Bu dönemde çok kısa bir süre için bile olsa anne bebek ayrımı, yenidoğanın emzirmeye başlama kabiliyetinde azalma, annenin kendine güveninde ve emzirme özyeterliliğinde azalma gibi sonuçlara neden olabilir. Doğumdan hemen sonra anne bebek arasında ten tene temas uygulaması emzirmenin başarılı şekilde başlatılması ve sürdürülmesi için en etkili yol olduğu kanıtlanmıştır (Aghdas ve ark., 2014). Hastane protokolleri, hem sezaryen hem de normal spontan vajinal doğum sonrasında, doğumdan hemen sonra anne bebek arasında ten tene temas uygulaması yapılmasını destekleyecek şekilde değiştirilip, güncelleştirilebilir (Phillips, 2013; Abdulghani ve ark., 2018).

Güçlü ve başarılı emzirmeyi engelleyen nedenlerin başında, doğumdan sonra bebek ve anne arasında ten tene temasın sağlanamaması ve emzirmeye erken başlanamaması gösterilmektedir (Cangöl ve Hotun Şahin, 2014; Abdulghani ve ark., 2018).

#### **4.6.3. Erken ten tene temasın yararları**

ETT'nin literatürde anne ve bebek için pek çok faydasından bahsedilmiştir. Doğumdan hemen sonraki savunmasız dönemde, anne ve bebeği ayırmak yerine ten tene temas sağlamak ve bir arada tutmuş olmak, ilk aşamada emzirminin erken başlamasını sağladığı gibi sonrasında da artan emzirme oranları ve süresi ile anne ve bebeğe fayda sağladığı belirtilmektedir (Phillips, 2013; Moore ve ark., 2012).

Yenidoğan bir bebeğin dünyadaki ilk saatlerinin değerlendirilme durumunun, bebek için kısa ve uzun dönemde sonuçları vardır (Phillips, 2013). ETT, bebekte fizyolojik stabilite sağlar ve optimal beyin gelişimini destekler, emzirme oranları ve süresini artırır (Phillips, 2013; Moore ve ark., 2012). ETT'nin bebeğe olan diğer etkilerini incelediğimizde; bebekte glukoz stabilitesi sağlayan, bebeğin vücut ısısının, solunum ve oksijenizasyonunun daha düzenli olmasını sağlayan, stres hormonlarını azaltan, kan basıncını düzenleyen ve ağlamayı önemli düzeyde azaltan bir uygulama olduğu görülmektedir (Moore ve ark., 2016; Marin Gabriel ve ark., 2010; Phillips, 2013). Doğumdan sonra ETT uygulanan sağlıklı ve term bebeklerin, kendini anne memesine doğru yönlendirdikleri ve doğum sonu yaklaşık bir saat içerisinde kendiliğinden emmeye başladıkları ifade edilmiştir (Marin Gabriel ve ark., 2010; Alenchery ve ark., 2018).

ETT'nin anneye olan etkilerini incelediğimizde ise; ETT uygulaması esnasında bebeğin elleriyle ve diliyle anne göğsüne dokunması ve ayaklarının anne karnına değmesi ile annede oksitosin seviyesi artması ve böylece annede sevgi ve bağlanma davranışlarını artırması gösterilebileceği belirtilmiştir (Phillips, 2013; Moore ve ark., 2012; Moore ve ark., 2016; Saxton ve ark., 2015). Doğumdan sonra ETT uygulanan annelerin, bebeklerine bakım verirken daha fazla güven duydukları, bebeklerine daha

çok dokundukları ve daha uzun süre emzirdikleri görülmüştür (Phillips, 2013). Bütün bu olumlu sonuçların yanında; ameliyathane ortamında sezaryenle doğan bebekleri ile ten tene teması sağlanan annelerin, kalp atım hızlarında ve kan basıncında anlamlı bir düşüş olduğu ve bebeğiyle ten tene temas sağlayamayan annelere göre yaşamsal bulgularının daha stabil olduğu belirtilmektedir (Abedi ve ark., 2016; Aghdas ve ark.,2014; Conde-Agudelo ve Diaz-Rossello, 2016; Moore ve ark., 2016). ETT'nin, kadının bebeğini emzirebilmek için kendi yeteneklerine daha fazla güven duymasını sağladığı ifade edilmiştir (Marin Gabriel ve ark., 2010; Alenchery ve ark., 2018). UNICEF (2012), bebek dostu girişim standartları rehberinde, bir anne bebeğini emzirmek yerine biberonla beslemeyi seçse de bebeğiyle sevgi dolu ve yakın bağlar geliştirebilmek için ten tene temas/kanguru bakımının önemli olduğunu belirtmiştir (UNICEF, 2012).

Suzuki (2013) ETT'nin doğumdan bir ay sonraki emzirme durumuna etkisini incelediği çalışmada, ETT uygulanan kadınların doğum sonu 1.ayda, ETT uygulanmayan kadınlara göre etkili emzirme oranının önemli derecede yüksek olduğunu bulmuştur (Suzuki, 2013).

Aghdas ve ark. (2014), primipar kadınlarla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ETT uygulanan grupta ilk emzirmedeki başarı, ETT uygulanmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,02$ ) (Aghdas ve ark., 2014).

Cochrane sistematik bir derlemesinde, Moore ve ark. (2012), ETT'nin doğum sonrası, kadınlara ve yenidoğanlara, yenidoğanların uterus dışı yaşama fizyolojik adaptasyonuna destek olmak, annenin ve yenidoğanın ağrısını baskılayarak analjezik etki sağlamak, anne bebek bağlanması ve etkileşimin artması, anne depresyonu ve kaygısının emzirme ile azaltılması için fırsatlar sağlanması gibi pek çok yarar sağladığı belirtilmiştir. ETT ye, normal doğumlarda doğumdan hemen sonra ve sezaryen doğumdan sonra da annenin uyarısı ve duyarlılığı sağlanınca mümkün olan en kısa sürede başlanması gerektiği ifade edilmiştir (Moore ve ark., 2012).

Moore ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada, 34 randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri meta analizde, üç ana sonucu gruplandırarak incelemişlerdir. Bu gruplar; emzirmenin ve laktasyonun başlaması, yenidoğan fizyolojisi (termoregülasyon,

solunum, kardiyak, metabolik fonksiyon ve nörodavranışsal süreç) ve anne bebek bağlanmasıdır. Yenidoğanın fizyolojisi ve nörodavranışsal süreci ile ilgili olarak; kalp ve solunum hızının, oksijen saturasyonunun ilk 6 saat içinde daha stabil olduğu, ilk 75- 90. dakikadaki kan şekerinin daha yüksek olduğu, aksiller vücut ısısının ilk 90.dakikadan 2.saatin sonuna kadar olan sürede daha yüksek olduğu ve ilk 90 dakikalık sürede daha az ağladığı ortaya konmuştur (Moore ve ark., 2012).

Emzirme ve laktasyonun incelendiği çalışmalarda ise, ETT sağlanan bebeklerin sağlanmayan bebeklere göre doğumdan sonraki ilk emzirmede daha başarılı olduğu, yenidoğan emzirme değerlendirme ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve 1 ay ile 4 ay arasındaki süre içerisinde daha fazla emdikleri ortaya konmuştur. Bebeğin daha fazla emdiği tespit edilmesine rağmen bebeklerin 14.günündeki ağırlığında gruplar arasında bir fark saptanmamıştır. Anne bebek bağlanması ile ilgili ortaya çıkan sonuç ise, ETT sağlanan anne ve bebek arasındaki bağlanmanın daha kuvvetli olduğu yönündedir. Ayrıca yapılan bu çalışmada, annelerde meme dolgunluğu ağrısının daha az hissedildiği, doğumdan sonraki 3.günde anksiyetenin daha az olduğu ve sezaryen doğum yapan annelerde postpartum ağrının daha az hissedildiği tespit edilmiştir (Moore ve ark., 2016).

Marin Gabriel ve ark. (2010) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ETT uygulanan gruptaki bebeklerin vücut ısılarının, ETT uygulanmayan gruba göre daha yüksek olduğunu; ayrıca ETT grubundaki annelerin taburculukta bebeklerini daha sık emzirdiğini bulmuşlardır (Marin Gabriel ve ark., 2010).

#### **4.6.4. Sezaryende erken ten tene temas**

Sezaryende ETT; bebek doğduktan sonra umbilikal kord klemplenip kesilip, bebeğin altına bir bez bağlanıp, bebek hemşiresi ve çocuk doktoru tarafından ilk değerlendirmesi hızlıca yapılırken, hemşire bebeği annenin çıplak göğsüne prone (yüzüstü) ve horizontal (yatay) şekilde yine çıplak olarak yatırarak uygulanır (Moore ve ark., 2012; Moore ve ark., 2016; Brady ve ark., 2014). Bu esnada bebeğin apgar skorlamasının değerlendirilmesi sezaryene girmiş olan çocuk doktoru tarafından

yapılır. APGAR skoru 7 ve üzeri olması, bebekte ten tene temasın sağlanmasını engelleyecek bir sağlık probleminin olmadığını göstermektedir.

APGAR skorlama sistemi; 1952 yılında Virginia Apgar tarafından, yenidoğan bebeklerin değerlendirilmesinin basit ve net bir şekilde yapılması, derecelendirilmesi ve sınıflandırılması; ayrıca annelere yapılan uygulamaların sonuçlarının karşılaştırılması ve tartışılabilmesi için geliştirilmiştir (Apgar, 1953).

<b>Bulgu/ Skor</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Görünüm (Appearance)</b>	Mor veya soluk	Gövde pembe, ekstremiteler mor	Tamamen pembe
<b>Kalp Hızı (Pulse)</b>	Yok	Yavaş (<100/dk)	>100/dk
<b>Refleks Yanıt (Grimace)</b>	Yok	Yüz buruşturma	Öksürük-hapsirik-güçlü ağlama
<b>Tonus (Activity)</b>	Yok (Tüm vücut ekstansiyonda)	Alt ekstremitelerde fleksiyon	Aktif hareketli
<b>Solunum (Respiration)</b>	Yok	Düzensiz/çene atma	Düzenli/ağlıyor

**Şekil 1. Apgar Skorlaması (Apgar, 1953)**

Orijinal yayınında, Dr. Apgar, bu puanlama sisteminin, annelere verilen anestezi ilaçları ve ağrı kesici maddelerin ve o dönemde bebeklere uygulanan resüsitasyon tekniklerinin sonuçlarını karşılaştırmada yararlı olacağını öngörmüştür. Apgar (1953), hemşire veya hekimlerin hızlıca ve kolaylıkla değerlendirebileceği beş adet objektif işaret kullanılmasını önermiştir. Apgar skorlaması, yenidoğan bebeğin sağlığını değerlendirmek amacıyla 1. ve 5. dakikalarda olmak üzere iki kez değerlendirilen; Görünüm (Appearance), Kalp Hızı (Pulse), Refleks Yanıt (Grimace), Tonus (Activity), Solunum (Respiration) maddelerinden oluşan bir değerlendirme

aracıdır. Buna göre skor 7-10 arasında ise bebek normaldir, 4-6 arasındaki bebekler desteğe ihtiyaç duymaktadır ve 0-3 arasındaki bebekler acil müdahale ve canlandırma gereksinimi duyarlar. Apgar skorlama sistemi, dünya genelinde kabul görerek, hem doktorlar hem de hemşireler tarafından yenidoğanı değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır ve kullanılmaya da devam etmektedir (Apgar, 1953; Abboud 2017 (A-B); Finster ve Wood, 2005; Robays, 2015).

Ayrıca yapılan araştırmalarda ETT için en çok, gestasyon yaşı 36 hafta ve üzeri, ağırlığı 2000 gramın üzerinde sağlıklı bebekler tercih edilmektedir. Annenin göğsüne konan bebeğin, ısı kaybını önlemek amacıyla bebeğin başına şapka giydirilip, üzeri sıcak havlu ile örtülmektedir (Moore ve ark.,2016; Stevens ve ark., 2014; Takahashia ve ark., 2011).

Bebeğin mekonyum ve idrar çıkışı anne ile ten temasındayken gerçekleşirse annenin temizlenmesi zor olacağı ve sterilitenin bozulma ihtimali olduğundan bebeğe bez bağlanması tercih edilebilmektedir. Ameliyat bittikten sonra annenin sedyeler arası transportu sırasında bebek ayaklarından nazikçe tutulup vertikal (dikey) pozisyona getirilmekte ve başı annenin iki memesi arasında olacak şekilde pozisyon verilmektedir (Stevens ve ark., 2014; Takahashia ve ark., 2011).

Literatürde de belirtilmiş olduğu gibi, sezaryende ETT uygulamasının sorunsuz şekilde yapılabilmesi için, ameliyathane ortamında çalışan tüm sağlık ve bakım elemanlarının daha önceden ETT uygulaması hakkında; nasıl, nerede, ne şekilde, ne kadar sürede ve kim tarafından yapılacağı hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Herhangi bir ortamda değişimi daha kolay gerçekleştirebilmek için eğitim verilmesi tüm disiplinlerde geçerlidir (Brady ve ark., 2014). ETT uygulaması için, kadından onam alındıktan sonra, sezaryende ameliyat esnasında bebeğinin göğsüne konulacağı, ETT'nin ne olduğu, nasıl yapılacağı, ne kadar süreceği, bebeğe ve kendisine faydaları anlatılmaktadır.

Ameliyat sonrası gözlem odasına alınan anne ve bebek başka bir hemşirenin denetimine bırakılmaktadır. Anne genel anestezi ile sezaryen olsa bile hemşirenin kontrolünde aynı süreç takip edilebilmektedir ve böylece kesintisiz ETT ve emzirme sağlanabilmektedir (Stevens ve ark., 2014; Takahashia ve ark., 2011). Ameliyathane ortamında ETT uygulaması, bebeği sürekli izleyecek bir hemşire bulunmadan

mümkün olmamaktadır (Stone ve ark., 2015).

Sezaryende ETT uygulanan çalışmalar incelendiğinde; ETT uygulanan kadınlardan, ikinci veya üçüncü sezaryenini yaşayanların; ETT yaşamadıkları daha önceki sezaryen doğumları ile kıyasladıklarında emzirmenin daha kolay olduğunu, daha az ağrı ve kaygı duyduklarını, cerrahi deneyimden daha fazla memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (Brady ve ark., 2014; Moran-Peters ve ark., 2014).

DSÖ 1985 yılında Lancet dergisindeki yayınında, sezaryen ameliyatlarının %10-15'den yüksek olmamasını önermektedir (WHO, 1985; Betrán ve ark., 2007; Chaillet ve ark., 2007). Dünya genelinde ise doğumların %15'i sezaryen ile gerçekleşmektedir. Latin Amerika ve Karayipler' de %29,2 ile en yüksek, Afrika'da %3,5 ile en düşüktür. Gelişmiş ülkelerde sezaryen ile doğum %21,1, az gelişmiş ülkelerde %14,3, gelişmemiş ülkelerde ise %2 olarak belirlenmiştir (Betrán ve ark., 2007; Chaillet ve ark., 2007).

Türkiye verileri incelendiğinde ise, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 raporuna göre Türkiye genelinde sezaryen doğum %21, TNSA 2008 raporuna göre %36,7 ve TNSA 2013 raporuna göre ise %48'dir. (TNSA, 2013; WHO, 2010; WHO, 2013; Zaichkin ve Weiner, 2011). Sezaryen ile doğum, Türkiye' de ve Dünya'da her yıl artış göstermektedir. Sağlık Bakanlığı 2015 verilerine göre; sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı 2014 yılında % 51 iken, 2015 yılında % 53 olmuştur (Bora Başara ve ark., 2016; WHO, 2010; WHO, 2013; Zaichkin ve Weiner, 2011).

Primer sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı, 2014 yılında %26.3 iken, 2015 yılında %27 olarak bulunmuştur (TNSA, 2013; WHO, 2013).

Sezaryen oranlarının artmasıyla birlikte, anne ve bebeğin ilk etkileşimi gecikmekte, emzirmenin başlatılması ve sütün gelişi daha geç olmaktadır (Bramson ve ark., 2010). İlk bir saatte emzirme imkanı da azalmaktadır. Bu sebeple sezaryen doğum yapan kadınlar; ETT, emzirmeye erken başlama, sürdürme ve destekleme konusunda önemle üzerinde durulması gereken gruptur (Stone ve ark., 2015; Bramson ve ark., 2010).

#### 4.6.5. Erken ten tene temasın postpartum kanama miktarı üzerine etkisi

Postpartum kanama (PPK), özellikle gelişmekte olan ÷lkelerde, dünya çapında maternal morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerindendir (Abedi ve ark., 2016). DSÖ (2012)'de, son yıllarda PPK nedeniyle morbidite ve mortalite yaşayan kadın sayısının azaldığını, ancak düşük gelirli ÷lkelerde hala doğrudan anne ölümlerinin en sık nedeninin PPK olduğunu belirtmiştir (WHO, 2012). Ten tene temasın ve emzirmenin, PPK oranlarını düşürmede etkili olabileceği düşün÷lmektedir. Yenidoğanın doğum sonu en erken dönemde annesi ile erken ten tene teması yaşaması, hem emzirme süresini hem de uzun dönemde anne bebek etkileşimini artırır (Jonas ve ark., 2009).

Kadınlar için TT ve emzirme (pronurturans) doğum sonunda rahatsız edilmediği huzurlu bir otamda kendiliğinden gerçekleşir. Böylelikle, kadın parasempatik sinir sistemi ve hormonların etkisi ile kadın ve bebek sakinleşir ve bağlanma kendiliğinden olur. Bu sakinliğin olması myometriyumda oksitosinin en iyi serbest bırakılması ve alınması için çok önemlidir. Bir kadın uyarıldığında, aşırı heyecanlı veya korkmuş olduğunda, sempatik uyarılma altındadır ve adrenalin salınımı olur. Adrenalin, miyometrial reseptör alanındaki oksitosin alımını etkiler ve uterin atoniye neden olur (Saxton ve ark., 2015).

Sobhy ve Mohamed (2004), emzirme ve kan kaybı zamanlamalarını inceledikleri yarı deneysel çalışmalarında; bir grup kadın plesantanın doğumundan hemen sonra emzirmeye başlarken, diğer gruptaki kadınlar iki saat kadar sonra emzirmeye başlamış ve çalışma sonucunda erken emzirmenin, doğum sonrası kan kaybında istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye ( $p<0.001$ ) sahip olduğü gör÷lmüştür. Erken emziren gruptaki kadınlar 150 ml'den daha az kan kaybederken, emzirmeye geç başlayan grup ise 300 ml veya daha fazla kan kaybetmiştir (Sobhy ve Mohamed, 2004).

Doğru bir şekilde uygulandığında hiç bir olumsuz etkisi olmayan ETT ve emzirme, evrensel olarak benimsenmeli, sürekli emzirme ve bağlanma teşvik

edilmelidir. Emzirme ve bağlanma avantajları ile birlikte ETT, postpartum kanama (PPK) için bir risk azaltma stratejisidir (Saxton ve ark., 2015).

#### **4.6.6.1. Emzirmenin kanama üzerine etkisi**

Sezaryen doğum sonrası 1000 ml, vajinal doğumdan sonra 500 ml'den fazla kan kaybı olmasına postpartum kanama (PPK) denilir. Hemoglobin değerlerinin %10 un altına düşüp, uterus kontraksiyonlarının yetersiz olduğu, kan transfüzyonu gerektirecek önemli bir komplikasyondur (ACOG, 2011; Fışkın ve Oskay, 2015).

DSÖ (2012), dünyadaki anne ölümlerinin dörtte birinin sebebi ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelen anne ölümlerinin önde gelen sebeplerinden biri olarak PPK'yı göstermiştir. Uterotoniklerin zamanında ve uygun şekilde kullanımı ile ölümlerin büyük oranda önlenebileceğini belirtmiştir (WHO, 2012; Antony ve Dildy, 2013).

Doğum sonu dönemde, emzirmeye erken başlamanın ve sık aralıklarla sürdürmenin anneye pek çok faydası olduğu bilinmektedir. Bu faydalardan biri de doğum sonu kanama miktarında azalma görülmesi ve uterus involüsyonunun daha hızlı gerçekleşmesidir. Bebeğin emmeye başlamasıyla birlikte hipofizin arka bölümünden oksitosin salgılanır.. Süt salgılama süreci, uterus kontraksiyonuna yol açar. Bu nedenle doğumdan sonra anne emzirmeye ne kadar erken başlarsa, uterus o kadar kısa sürede küçülür ve normal haline döner. Emzirmenin sık aralıklarla sürdürülmesi ile oksitosin salgısı sürekli devam ederek annenin genital organlarının gebelik öncesi döneme hızlıca dönmesini sağlar (Irmak, 2016; Topal ve ark., 2017; WHO,2013; Samur, 2008). Emzirme, doğumdan sonraki dönemde daha az miktarda kanama ve uterusun daha hızlı involüsyonu gibi faydalar sağlamaktadır (Hobbs ve ark., 2016; Abedi ve ark., 2016). Uterin kasılmalar hem elektriksel uyarılar hem de hormonal araçlar tarafından uyarılır. Miyometriyumda oksitosin reseptörleri vardır. Oksitosinin salgılanması pulsatildir ve doğum sırasında oksitosin salgılanması artar (Abedi ve ark., 2016).

Doğum sırasında aşırı kan kaybı ve bunlarla sonuçlanan morbidite ve mortalite ciddi bir sorundur. PPK, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölümleri ve morbiditenin en yaygın nedenidir. Yaklaşık 800 kadının her gün, çoğunlukla gebelik ve doğumla ilgili önlenemez nedenlerden öleceği tahmin edilmektedir; bu ölümlerin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

DSÖ'nün erken emzirmeyi doğumdan bir saat içinde önermesinin nedenlerinden biri, uterus aktivitesini teşvik etmek ve ağır kanama riskini azaltmaktır (Abedi ve ark., 2016).

Oksitosin, doğum eylemi esnasında çok miktarda salgınmaktadır (Jonas ve ark., 2009). Oksitosinin sosyal davranışlar ve bağlanmada önemli rolü olduğunu; doğum esnasında ve de doğum sonu dönemdeki oksitosin seviyelerinin, annelik davranışlarını ve anne ile yavruları arasındaki etkileşimi geliştirici önemli etkileri olduğunu gösteren, insanlarda ve hayvanlarda yapılmış çeşitli çalışmalar mevcuttur (Jonas ve ark., 2009; Say ve Müjdecı, 2016). Bağlanmadaki etkisi ve rolü sebebiyle ‘‘Aşk hormonu’’ olarak da anılmaktadır.

Bebeğini emziren kadınlarda, fizyolojik ve davranışsal adaptasyonlarda ve de emzirmede önemli etkisi olan oksitosin ile prolaktin hormonları, emzirme esnasında salgınır ve serbest bırakılır (Jonas ve ark., 2009). Emzirme süresi ne kadar uzun olursa annedeki prolaktin düzeyinin de o kadar yüksek olduğu görülmüştür (Jonas ve ark., 2009). Oksitosin, dokuz tane aminoasitten oluşmuş bir nöropeptiddir ve merkezi sinir sisteminde nörotransmitter olarak görev yaparken, periferik dolaşımda ise hormon olarak görev yapar (Say ve Müjdecı, 2016).

Oksitosin, hipotalamusta paraventricüler ve supraoptik çekirdeklerde üretilir ve hipofiz bezinin arka lobunda depolanarak, doğum eylemi esnasında periferik dolaşıma salgınır, uterusun kontraksiyonunu ve süt kanallarından da sütün dışarı atılmasını sağlar (Say ve Müjdecı, 2016). OXTR, tanımlanmış tek oksitosin reseptörüdür. OXTR; vücutta ve beyinde, cinsiyete ve türe özel dağılım göstermektedir. Vücutta; kalp kaslarında, vasküler endotelyumda, gastrointestinal sistemde, meme bezlerinde ve uterin myometriyumda bulunmaktadır (Say ve Müjdecı, 2016).

#### **4.6.6.2. Erken ten tene temasın emzirme üzerine etkisi**

Erken ten tene temas uygulaması ile anne ve bebeğin birbirine dokunması ve bir arada olması ayrıca emmenin kendiliğinden ve erkenden başlaması sağlanır. Hem bebeğin anneye dokunması, anne-bebek iletişiminin olması nedeniyle annede uyarılar oluşması, hem de emzirmenin başlaması yoluyla oksitosin ve prolaktin salgılanır. Bebek emdiği sürece prolaktin ve oksitosin hormonu uyarılır ve süt yapımı da devam eder. Bu nedenle bebek ne kadar erken emerse refleks uyarılar, arka hipofizden oksitosin salınımını o kadar erken gerçekleştirecek ve sütün gelmesini daha erken sağlayacaktır. Ayrıca annenin bebeğini görmesi, sesini ve ağlamasını duyması, ona dokunması, sakin, güven dolu ve rahat bir ortamda olması da yine oksitosin yapımını artıracak bir etken olarak ifade edilmektedir (Abedi ve ark., 2016; Aghdas ve ark., 2014; Conde-Agudelo ve Diaz-Rossello, 2016; Stone ve ark., 2014; Takahashia ve ark., 2011; Moore ve ark., 2016).

#### **4.6.6.3. Erken ten tene temasın ağrı üzerine etkisi**

Stevens ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, annelerin ağrısını 1'den 10'a kadar numaralandırarak değerlendiren 3 ayrı çalışma incelenmiş ve ETT uygulanan grup ile ETT uygulanmayan grubun, doğumdan sonraki 1, 2 ve 4. saatlerdeki puanları karşılaştırılmıştır. ETT grubundaki kadınlar doğumdan sonraki her puanlamada daha düşük ağrı skoru bildirmişlerdir. Ancak yine de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Stevens ve ark., 2014).

Ayrıca bir diğer çalışmada, çalışmayı uygulayan bir hemşire; annenin ameliyata odaklanmak yerine bebeğine odaklandığını belirtmiş ve annelerin bebekleri ile ten tene temastayken ameliyatta daha az ilaca ihtiyaç duyabileceğini ifade etmiştir (Crenshaw, 2012).

Çalışmalarda, derhal ten tene temas ya da ETT'nin kadınların deneyimlediği ağrının düzeyine bir etkisi olup olmadığının araştırılması için daha çok çalışma yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Sundin ve Mazac (2015), sezaryen ameliyatı esnasında, ameliyathanede derhal ten tene temas uygulamasının annenin memnuniyet düzeyine ve ağrısına etkisini değerlendirmek için yaptıkları bir çalışmada, ten tene temas uygulanan gruptaki annelerin, uygulanmayan gruptakilere göre memnuniyet düzeyini daha yüksek, ağrı düzeyini ise daha düşük bulmuşlardır (Sundin ve Mazac, 2015).

#### **4.6.6. Erken ten tene temas uygulamasında bariyerler**

Alenchery ve ark. (2018) çalışmalarında, doğumda ETT'nin önündeki engelleri araştırmışlar ve personel eksikliği, zaman kısıtlaması olması, bebek için güvenlik kaygıları olmasını bulmuşlardır. Doğumda ETT uygulamasının iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması için, sağlık çalışanlarına eğitim verme, ETT uygulaması için özel olarak belirlenmiş personel bulundurulması ve etkili ekip çalışmasını önemli girişimler olarak göstermişlerdir (Alenchery ve ark., 2018).

#### **4.6.7. Erken ten tene temas uygulamasını destekleyen kuruluşlar**

ETT ; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Emzirme Tıp Akademisi (ABM) ve Yenidoğan Resüsitasyon Programı (NRP) dahil büyük kuruluşlar tarafından tavsiye edilmektedir (WHO, 2010; AAP, 2012; NRP, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013'te, bebeklerin doğumdan hemen sonra ve en az bir saat süresince ten tene temas sağlanacak şekilde anne göğsüne verilmesini; annelerin bebekleri emmeye hazır olduğunda emzirmeye başlaması için teşvik edilmesi ve gerekirse yardım sağlanmasını önermiştir (WHO, 2013)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2017'de yayınlanan, "Doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerde emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi" isimli klavuzunda; anneler ve bebekler arasında erken ve kesintisiz ten tene temasın, doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede başlatılmasını, kolaylaştırılması ve teşvik edilmesini önermiştir. (önerilen, orta kalitede kanıtlar). Ayrıca, tüm annelerin

doğum sonu ilk bir saat içinde emzirmeye başlamalarını desteklemeyi önermiştir (önerilen, yüksek kaliteli kanıtlar) (WHO, 2017).

UNICEF Birleşik Krallık (UK), Bebek Dostu Girişim standartlarının önemli bir parçası olarak ten tene teması göstermiştir. Ten tene temasın, annelerin emzirmeye başlamalarını ve bebekleriyle sevgi dolu, yakın bir ilişki geliştirmelerini desteklemesi; bebeklerin uterus dışındaki yaşama uyum sağlamasına yardımcı olması nedeniyle önemli olduğunu ifade etmiştir (<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>).

DSÖ, Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Emzirme Tıp Akademisi (ABM) ve Yenidoğan Canlandırma Program (NRP) gibi pek çok kuruluş doğumdan sonra anne ile bebeğin erken ten temasının sağlanmasını desteklemektedir (Holmes ve ark., 2013; WHO, 2010; NRP, 2011; AAP, 2012). DSÖ ve diğer kuruluşlar, anne ve yeni doğmuş bebeği banyo ve tartı gibi ayıran bakım prosedürlerini en azından ilk saat rutin olarak ertelemeyi ve anne-bebek erken ten tene temasını öneriyorlar.

ABM Protokolü 5, Revizyon 2008'de sağlıklı yenidoğanların ilk besleme tamamlanıncaya kadar doğrudan ten tene temas için anneye verilmesini, bebeğin kurutulması, APGAR skoru ve ilk fiziksel değerlendirmenin anne ile bebek ten tene temastayken yapılabileceğini ifade etmiştir. Bebeğin annesiyle olması bebeğe en uygun fizyolojik stabilite, sıcaklık ve ilk beslenme fırsatlarını sağlar. Geciktirilen boy ölçme, tartma, K vitamini yapılması ve göz koruyucu profilaksisi (bir saate kadar) gibi işlemler erken anne-bebek etkileşimine fırsat vermiş olacağı belirtilmiştir (Moore ve ark., 2016). NRP (Yenidoğan Canlandırma Programı), tüm normal yenidoğanlar için ten tene temasın rutin bir canlandırma sağlamak için kullanılabileceğini belirtmiştir. Güncellenmiş 2011 NRP'sinde yer alan değişikliklerde, güçlü mekonyumlu yenidoğanın bile radyant ısıtıcı altında bakım almaya ihtiyaç duymadığını, anne göğsünde uygun izlem ile rutin bakım alabileceği ifade edilmiştir. DSÖ ve UNICEF, doğumdan sonraki ilk saat içerisinde emzirmeye başlanmasını ve ilk 6 ay boyunca sadece anne sütüyle devam edilmesini, ardından da uygun tamamlayıcı beslenme ile birlikte 2 yaş ve üstü emzirmeye devam edilmesini önermektedir.

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan kadınlarda, bebekleriyle ETT uygulamasının, emzirme, doğum sonu ağrı ve kanama üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, randomize kontrollü, deneysel ve prospektif bir çalışma olarak tasarlanmış ve yapılmıştır.

### **5.3. Araştırmanın Hipotezleri**

H1: Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temasın emzirme yeterliliğini arttırır.

H2 Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temas doğum sonu kanamayı azaltır.

H3 Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temas doğum sonu ağrısını azaltır.

#### 5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, 24 Ağustos 2017-20 Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ilgili hastanenin giriş katı (poliklinikler), 2. katı (jinekoloji servisi) ve 3. katında (obstetri servisi, doğumhane ve ameliyathane) yer almaktadır. Sezaryen operasyonları, doğumhanenin bulunduğu 3. kattaki genel ameliyathanede yapılmaktadır. Klinik 25 yataklı olup, 10 hemşire ve 6 ebe hizmet vermektedir.

Obstetri katında doğumhane ve doğum sonu servisi bulunmaktadır. Doğumhane; 1 adet muayene odası, 1 adet bebek bakım ve izlem odası, hemşire odası, doktor odası ve paravanlarla ayrılmış 3 adet hasta yatağı bulunan travay odasından oluşmaktadır.

Sezaryen doğum kararı verilen hastalar, muayene odasında ameliyata hazırlanarak doğumhanenin içinden direkt olarak ameliyathaneye alınmaktadır. Sezaryen sonrası hastalar uyanma odasında yeterli miktarda (1/2-1 st) takip edildikten sonra, yine aynı kattaki serviste, hasta odasına alınmaktadır.

##### 5.4.1. Sezaryen doğumlarda hastanenin rutin uygulaması

- Sezaryen doğumlar ameliyathane ortamında gerçekleşmektedir.
- Ameliyathane salonlarının ısısı 20-23<sup>0</sup> C arasındadır.
- Araştırmanın yapıldığı hastanede, kadınlara genellikle spinal ve genel anestezi olmak üzere 2 çeşit anestezi türü uygulanmaktadır.
- Sezaryen doğumlarında daha çok spinal anestezi tercih edilmekle birlikte, annenin spinal anesteziyi istememesi, anestezi hekiminin uygun görmemesi ya da acil durum varlığında anneye genel anestezi de uygulanmaktadır.
- Spinal anestezi için kullanılan anestezik ajan: Busacain %0,5 Spinal Heavy enj.çöz. içeren ampül'dür.
- Ameliyat esnasında, anne supine pozisyonunda yatırılmakta ve doktor orderına uygun bir intravenöz sıvı desteği almaktadır.

- Kadın, ameliyat süresince monitörize edilerek izlenmektedir.
- Sezaryende doğan bebeği, steril yeşil örtü ile bebek hemşiresi alıp, önceden ısıtmış olduğu radyant ısıtıcı altında kurulamaktadır.
- Çocuk doktoru bebeğin ilk değerlendirmesini yaparken, bebek hemşiresi de göbek klembini takıp, kord kan gazını aldıktan sonra, kordu klempten bir parmak ileriden kesmektedir.
- Çocuk doktoru tarafından 1. ve 5. dakika APGAR skoru değerlendirilip, bebeğin ilk muayenesi tamamlanmaktadır.
- Bebek hemşiresi, bebek ve anneye bileklik takıp, bebek ayak izini hem kadın doğum kliniği hem de çocuk kliniği dosyasına almaktadır.
- Bu işlemlerin tamamı yaklaşık olarak 5-10 dakika içerisinde gerçekleşmekte, bebek ısıtılmış yeşil örtülere sarılıp, anneye 1-2 dakika kadar gösterildikten sonra çocuk doktoru ve bebek hemşiresi ile doğumhane içindeki bebek bakım ve müdahale odasına getirilmektedir.
- Burada bebek hemşiresi tarafından, bebeğin ağırlığı, baş çevresi ve boyu ölçülüp, apgar skoru, bileklik numarası, doğum tarihi ve saati, bebek cinsiyeti doğum dosyasına ve protokol defterine kayıt edilmektedir.
- İntramuskuler K vitamini ve Hepatit B aşısı uygulanıp, aşı kartına ve diğer dosyalara kaydedilmektedir.
- Bebeğin altına bir bez ve sağ el bileğine pulse oksimetre probu bağlanarak küvöz içine alınmaktadır.
- Küvözde takip edildiği süre boyunca tüm bebekler, pulse oksimetre monitörüne bağlı kalmakta ve izlenmektedirler.
- Kullanılan monitör, tüm bebekler için Covidien Nellcor OxiMax N-560 Pulse Oximeter ve kullanılan monitör probu da her bebek için ayrı ayrı olmak üzere, tek kullanımlık Covidien Nellcor Pulse Oksimetre Probu Neonatal'dir.
- Yaklaşık yarım saat küvözde takip edildikten sonra bebek giydirilir ve kadın odasına alınana kadar küvözde bekler.
- Bu esnada kadın, eğer ameliyatta bir komplikasyon gelişmemişse, yaklaşık yarım saat sonra uyandırma ünitesine alınmaktadır.
- Uyandırma odasında spinal anestezinin ilk saatinin dolması beklenmekte ve kadın burada yakın takip edilmektedir.

- Kadında, uyandırma ünitesinde de bir komplikasyon gelişmezse, anestezi teknisyeni ve ameliyathane hemşiresi tarafından servis hemşirelerine dosyasıyla birlikte teslim edilmekte ve hemşire eşliğinde odasına alınmaktadır.
- Burada kadının ilk takibi ve bakımı kadın doğum kliniği hemşireleri tarafından tamamlanmaktadır.
- Rutin uygulama olarak kadınlara sezaryen sonrasında:
  - Neofleks Laktatlı ringer sudaki solüsyonu, İzotonik NACL, %5 Dekstroz gibi IV mayilerden, doktor orderına göre genellikle toplam 3000 ml. Kadar,
  - 3×1 Sefazolin 500 mg. İntravenöz
  - 3×1 Diklofenak Sodyum 75 Mg/3 Ml İntramuskuler
  - 3×1 Paracetamol 500 mg tablet oral ve doktorunun uygun gördüğü diğer tedaviler uygulanmaktadır.
- Rutinde, kadınlara sezaryen ameliyatında uterotonik madde olarak: 5 I.U. sentetik Oksitosin hormonu ve doğum sonu servisinde 15 I.U. sentetik Oksitosin hormonu (Synpitan Fort 5 IU 3 Ampül) verilmektedir.
- Sezaryen sonrasında serviste, kadınların vital bulguları ilk 1 saatte 15 dakikada bir, sonraki 1 saatte 30 dakikada bir ve sonraki saatlerde de saatte bir kadın doğum kliniği hemşireleri tarafından kontrol edilerek hemşire gözlem formuna kaydedilmektedir.
- Kadın doğum kliniği hemşireleri ve asistan doktorları tarafından kadının uterus involüsyonu ve kanama miktarı gözlenip, değerlendirilip, ilgili forma kaydedilmektedir.
- Kadın odasına alınıp ilk takipleri alındıktan sonra, bebeği de ısıtılmış örtüsüne sarılarak küvözden çıkarılıp kadının odasına götürülmektedir.
- Bebek hemşiresi tarafından, bebeğin emmeye başlaması sağlanmaktadır.
- Hasta yakınına ve kadına emzirme pozisyonu gösterilip, emzirmenin önemi anlatılır ve bebek memeye tutturularak, hasta yakınının desteğine bırakılır.
- Daha sonra sık aralıklarla emzirmenin sürdürülüp sürdürülmediği ve sorun olup olmadığı kontrol edilir.
- Her 3 saatte bir kez, bebeğin vücut ısısı takibi, idrar ve gaita çıkış takibi, beslenme durumu takibi, genel durum takibi, göbek kordonu kleminin ve

özellikle kord kesi yerinde kanama olup olmadığının kontrolü yapılarak hemşire notlarıyla birlikte gözlem formuna kaydedilir.

- Tüm bebeklerin vücut ısısı takibi alındıktan, Loobex DT-8806 Dijital Temassız Alından Ateş Ölçer ile ve aksillar vücut ısısı ölçümü de Weewell WTD103 Dijital Ateş Ölçer ile yapılmaktadır.
- Doğumu takip eden 6. saatte rutin olarak her bebekten bir hemogram ve bir biyokimya tüpüne kan alınmakta ve kan alınırken de kan şekeri değerine mutlaka bakılmaktadır.
- Kord kan gazı değerlerinde yüksek ya da düşük bulunan parametreler olması durumunda, rutin kanlar alınırken kontrol kan gazı da gönderilmektedir.
- 2500 gr altında veya 4000 gr üzerinde olan bebeklerde, annede GDM ya da diyabet olması ya da şüphesi halinde kan şekeri takip formu çıkarılıp, ilk yarım saatte, 1, 2, 3, 6, 12 ve 24. saatlerde kan şekeri bakılmaktadır.
- Tüm bebeklerin kan şekeri ölçümü, aynı marka ve özellikteki stripler (SD Code Free Glucometer Strips) kullanılarak, bebek odasına ait ve kalibrasyonu uygun zamanlarda yapılan aynı glukometre (SD Code Free Blood Glucose Monitor) ile yapılmaktadır.
- Bebeğe ABO uyumsuzluğu, Rh uyumsuzluğu ya da kord kan gazında total bilirubin değerinin fototerapi sınırına yakın olması durumlarında, bebeğe yakın renk takibi yapılır; gerekirse total bilirubin bakmak için biyokimya ya da kan gazı alınmaktadır.
- Rutin uygulama olarak kadınlardan da; doğumdan önce hemogram, biyokimya ve sezaryen sonrası 6. saatte bir tüp hemogram alınmaktadır.
- Hastane prosedürü olarak; sezaryen doğum yapan kadınlar, odalarına alındıktan sonra emzirmektedir.
- Kadının ameliyathane, uyanma ünitesi, sedyeler arası taşıma ve odasındaki ilk takibinin alınmasından sonra bebeği ile ilk teması yaklaşık olarak doğum sonu 1- 1,5 saati bulmaktadır.

## **5.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

### **5.5.1. Araştırmanın evreni**

Araştırmanın evrenini, 24 Ağustos 2017- 20 Mayıs 2018 tarihleri arasında, araştırmanın yapıldığı hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, sezaryen doğum yapan tüm kadınlar oluşturmaktadır.

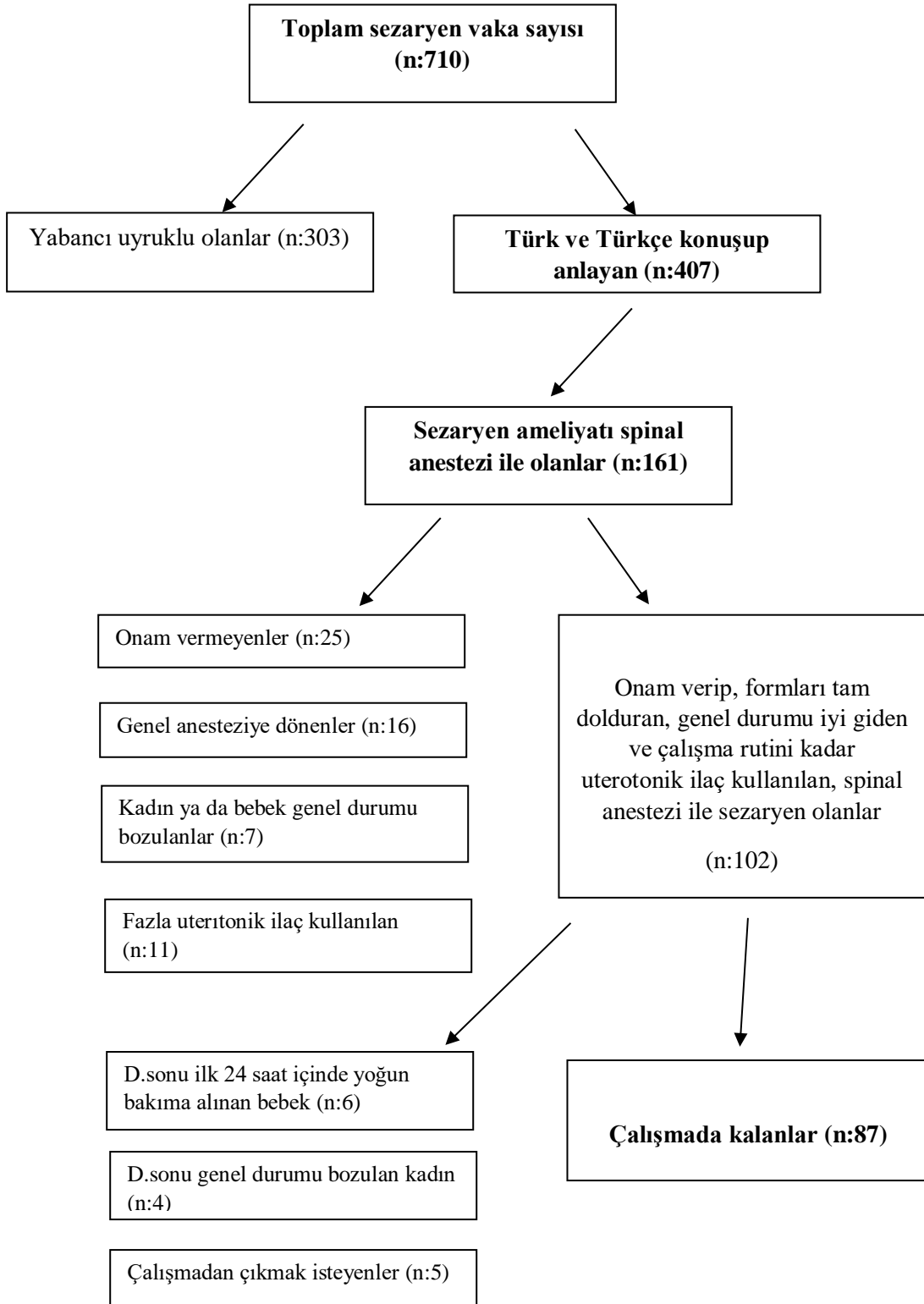
### **5.5.2. Araştırmanın örnekleme**

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak için, araştırmanın yapılacağı hastanenin, önceki yıllara ait sezaryen doğum sayıları ve yüzdelik oranlarının istatistiklerinden faydalanıldı. Araştırmanın yapıldığı hastanenin, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2015 yılında toplam 1227 doğum yaptırılmış olup, sezaryen doğum oranı %47.8'dir. 2016 yılında ise 1314 doğum yaptırılmıştır ve sezaryen oranı %54.5'tir.

Örneklem büyüklüğü; %80 güç, %95 güven düzeyi dikkate alınarak 80 denek olarak belirlenmiştir.

Örnekleme alınacak kadınların seçiminde ve çalışmanın yürütülmesi esnasında oluşabilecek kayıplar göz önünde tutularak, bu sayıdan daha fazla kadınla çalışmayı başlatmak hedeflenmiştir. Sonuç olarak, araştırma; Deney Grubu 47, Kontrol Grubu 41 kadın olmak üzere toplam 88 kadınla yapılmıştır.

### 5.5.2.1. Çalışma algoritması



Şekil 2. Çalışma Algoritması

### 5.5.3. Örneklem Seçimi

#### 5.5.3.1. Randomizasyon ve araştırma grupları

Grupların randomizasyonu [www.random.org](http://www.random.org) sitesinden yararlanılarak basit-rastgele olarak yapılmıştır. Buna göre oluşturulan araştırma grupları aşağıdaki gibidir:

ARAŞTIRMA GRUPLARI	
DENEY GRUBU: (ETT uygulaması yapılacak grup)	2,4,5,7,9,10,12,15,16,18,19,20,22,24,26,27,30,31,35,37,39,41,42,43,44,45,47,50,55,58,59,61,63,64,66,69,73,74,76,78
KONTROL GRUBU: (Hastanenin rutin uygulamasının yapılacağı grup)	1,3,6,8,11,13,14,17,21,23,25,28,29,32,33,34,36,38,40,46,48,49,51,52,53,54,56,57,60,62,65,67,68,70,71,72,75,77,79,80

Şekil 3. Araştırma grupları

#### 5.5.3.2. Örneklem kriterleri (Kadın ve bebek için araştırmaya dahil olma kriterleri)

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 -45 yaş aralığında olan,
- 36 hafta ve üzerinde gebeliği olan,
- Doğum eylemi başlamamış,
- Travayın başında sectio kararı verilen,
- Elektif sezaryen olan,
- Spinal anestezi ile sezaryen yapılan,
- Herhangi bir kronik hastalığı ( Hipertansiyon, diyabet, gestasyonel diyabet, kalp hastalıkları, psikiyatrik rahatsızlıklar, renal yetmezlik ) olmayan
- Emzirmeye engel olabilecek bir meme sorunu (çökük ya da düz meme başı, meme başının çok büyük ya da küçük olması vb.) olmayan,
- Emzirmeye engel olabilecek bir sağlık problemi ( HIV, aktif tbc,...) olmayan kadınlar,

- Tekil gebelikten doğmuş olan,
- Ağırlığı 2000 gr ve üzerinde olan,
- Herhangi bir konjenital anomalisi olmayan,
- 5. Dakika apgar skoru 7 ve üzerinde olan,
- Solunum ya da dolaşım sorunu olmayan,
- Yarık damak, dudak ve/veya frenulum (dil bağı) olmayan bebekler araştırmaya dahil edilmiştir.

### **5.5.3.3. Araştırmadan çıkarılma kriterleri (Kadın ve bebek için araştırmadan çıkarılma kriterleri)**

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme,
- Araştırmaya katılmaktan vazgeçme,
- Yanlış ya da eksik bilgi verme, form doldurma,
- Kadının yoğun bakıma alınması,
- Rutinden fazla ağrı kesici verilmiş olması,
- Rutinden fazla uterotonik madde verilmiş olması,
- Sezaryen esnasında ya da sonrasındaki ilk 24 saat içinde yaşamsal bulguları, genel durumunun bozulması durumunda, kadınlar;
- Doğduğunda bebeğe Pozitif Basıncılı Ventilasyon (PBV) uygulanmış olması,
- ETT esnasında bebeğin genel durumunun bozulması,
- ETT esnasında bebeğin solunum ya da dolaşımında bozulma olması,
- Bebeğin ilk 24 saat içerisinde yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışının olması gibi durumlarda da, bebekler araştırmadan çıkarılmıştır.

## **5.6. Veri Toplama Araçları**

Sezaryen doğum yapan kadınlarda ETT'nin, emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

### **5.6.1. Anket formu ( Ek1 )**

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Anket Formu (Ek 1) ; kadın ve aile ilgili sosyo-demografik (yaşı, eğitimi, evlilik süresi vb.), obstetrik (gravida, para, abortus, vb.), şimdiki gebeliği ile doğum bilgilerine yönelik (hastaneye gelme sebebi, tedavileri, bebeğin özellikleri vb.), sezaryen öncesi ve sezaryen sonrası 6.saatte alınan kan değerleri, kolostrumun geliş durumu ve zamanı gibi bilgileri içeren toplam 59 sorudan oluşmaktadır. Anket Formu (Ek 1) araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme tekniği, ölçüm ve gözlem yolu ile doldurulmuştur.

### **5.6.2. Emzirme gözlem formu (Ek2)**

Türkiye'de emzirme anını değerlendirmede yaygın olarak kullanılan, UNICEF ve DSÖ tarafından 1992 yılında yayınlanmış ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün Emzirme Danışmanlığı için önerdiği "Emzirme Gözlem Formu" (Ek 2) kullanılmıştır. Literatür incelendiğinde, emzirme gözlem formunun geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır ve formun bir puanlama sistemi de bulunmamaktadır. Emzirme gözlem formunda; emzirminin iyi gittiğinin belirtileri ve olası sorun belirtileri başlığı altında kadın ve bebeğe ait özellikler sorgulanmaktadır. Vücut pozisyonu, bebeğin davranışı, duygusal bağlanma, anatomi, emme, emzirme için harcanan zaman gibi altı alt başlık ve maddelerinden oluşmaktadır (Emzirme danışmanlığı el kitabı, Erişim tarihi:

08.09.2019,

Erişim

adresi:

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap23.pdf> ).

Emzirme gözlem formunu uygularken ve değerlendirirken kolaylık sağlaması amacıyla, bu çalışmada, formun “emzirmenin iyi gittiğinin belirtileri” başlığı altındaki her bir satırına 1 puan; “olası sorun belirtileri” başlığı altındaki her bir satırına ise 0 puan verilmiştir. Böylece gruplar arasındaki fark durumunun daha iyi gösterilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca formun puansız orijinal hali de doldurulmuş, bulgular ve tartışma kısmında hem puanlı hem de madde madde açılmış olarak gösterilmiştir.

Emzirme Gözlem Formu, araştırmacı tarafından gözlem ve görüşme yolu ile doldurulmuştur.

### **5.6.3. Emzirme değerlendirme ölçeği (IBFAT) (Ek 3)**

Emzirme Değerlendirme Ölçeği, Mary Kay Matthews tarafından 1988 yılında geliştirilmiş (Matthews, 1988) olup, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çelik ve Demirci (2008) tarafından yapılmıştır ve Cronbach's Alpha katsayısı, 0,92 hesaplanmıştır. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) ile her beslenmede emzirme yeterliliğindeki sınırlılıklar değerlendirilmektedir. Ölçek altı sorudan oluşmaktadır. Sorularda; Beslenmeye hazır olma veya uyandırabilirlik (Signaling), Arama (Rooting), Yakalama (Latch-on) ve Emme paterni (Sucking) değerlendirilmektedir. Kadınların sorulara yanıtı temel alınarak puanlama yapılmaktadır. Ölçekte bulunan ilk soru bebeğin beslenmeye başlama zamanındaki durumu ile ilgilidir (derin uykulu, uykulu, sakin- uyanık, ağlıyor). Bu soru puanlamaya dahil edilmemektedir. Sonraki dört soru, arama ve bebeğin emme davranışları ile ilgilidir. Her soru 0-3 puan arasında değerlendirilir. Toplam en yüksek puan 12'dir. Eğer bebek bütün etkili beslenme davranışlarını taşıyorsa genel toplam 12 puandır. Etkili beslenen bebeklerde puan aralığı 10–12 puandır. Teşvik edildiğinde oldukça başarılı emen bebeklere 7–9 puan verilerek orta etkili kabul edilmektedir. Uyarı ile beslenmeye başlamayan, aramayan veya kısa periyotlar ile emen bebeklere 0–6 puan verilmektedir. Son soruda

kadınlardan beslenme sırasında ne hissettiklerini (Çok memnunum, memnunum, pek memnun değilim, memnun değilim) ifadelerinden biriyle belirtmeleri istenmektedir. Son soru da ilk soru gibi, puanlamaya dahil edilmeyip ayrıca değerlendirilmektedir (Çelik ve Demirci, 2017; Matthews, 1988).

Bu çalışmada, Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) için Cronbach's Alpha=0,81 olarak bulunmuştur.

#### **5.6.4. Visual analog skala (VAS) (Ek 4)**

Visual Analog Scale (VAS), algılanan ağrıyı ölçmekte kullanılır. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) olarak da adlandırılır. Price ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve görsel kıyaslama ölçeğinin, insan ağrısının yoğunluğu ve rahatsızlık derecesini ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğunu belirtmişlerdir (Price ve ark., 1983). VAS, sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm'lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca 'hiç ağrı yok', diğer uca 'çok şiddetli ağrı' yazılır ve hasta kendisinin o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir. VAS; "0" değerinin, "ağrı yok", "10" değerinin "çok şiddetli ağrı" ifadesini gösterdiği, 10 cm'lik bir cetveldir. Ağrının belirlenmesinde ve ağrı tedavisinin takibinde kullanılmaktadır. (Aygin ve Var, 2012; Cline ve ark., 1992; Collins ve ark., 1997; Downie ve ark., 1978).

Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır. Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir (Scott ve Huskisson, 1979).

## **5.7. Veri Toplama Aşamaları**

Araştırmaya, etik kurul onayı (05.05.2017 tarih ve 09.2017.375 protokol numarası ile (Ek 7)) ve araştırmanın yapılacağı hastanenin bağlı olduğu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (24.08.2017 tarih ve 70794255-799 sayı ile(Ek 8)) yazılı izin alındıktan sonra başlanmıştır.

### **5.7.1. Araştırmanın ön uygulaması**

Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra, 08.09.17 ile 10.09.17 tarihleri arasında, formların anlaşılabilirliğini ve uygulamanın sorunsuz işleyip işlemeyeceğini anlayabilmek amacıyla; araştırmanın yapılacağı hastanede, araştırmaya dahil olma şartlarını taşıyan kadınlardan, 2'si deney 2'si kontrol grubunda olmak üzere 4 kadına ve bebeğine ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonucunda, formlarda ya da uygulama işleyiş planında bir değişiklik yapılmasına ihtiyaç duyulmamış ve ön uygulamadaki haliyle çalışmaya başlanmıştır.

### **5.7.2. Araştırmanın uygulanması**

Araştırma için, belirlenen tarihlerde, araştırmacı ilgili hastanede bulunmuş; kadın doğum kliniğine başvuran ve muayenesi sonucunda sezaryen doğum kararı alınan ya da randevulu sezaryen için gelmiş olan kadınların, öncelikle çalışma kriterlerine uygunluğunu değerlendirmiştir. Araştırmacı, öncelikle kadınlara kendini tanıtmış, hemşire kimliğini göstermiş ve kadınlara çalışma hakkında bilgilendirme yapmıştır (Gönüllü Bilgilendirme Formu (Ek 5)). Bilgilendirme sonrasında, kadınların çalışmaya katılmayı kabul etmesi durumunda, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 6) imzalatılmış ve grup (deney/kontrol) ataması yapılmıştır. Grup ataması yapıldıktan sonraki uygulamalar aşağıda belirtilmiştir.

### 5.7.2.1. Deney grubunda araştırmanın uygulanması

- Gönüllü Olur Formu (Ek 6) imzalandıktan sonra, Anket Formu (Ek 1) uygulanmıştır.
- Kadın, kadın doğum hemşireleri tarafından muayene odasında sezaryen doğum için hazırlanmıştır (bileklik takılması, damaryolu açılması, ameliyat önlüğü giydirilmesi, takıların çıkarılması, oje ve makyajın silinmesi, sonda takılması vb..).
- Araştırmacı ameliyathanenin ortam ısını 24 °C'ye ayarlamıştır.
- Ameliyata girecek olan doğum ve kadın hastalıkları uzman ve asistan doktorlarına, anestezi doktoru ve teknisyenine, çocuk asistan doktoruna ve araştırmacı o saatte nöbetçi hemşire değilse nöbetçi bebek hemşiresine, ameliyathane hemşiresi ve personeline, kadın doğum kliniğinde kadını karşılayacak olan kadın doğum hemşirelerine ve personeline önceden de bilgilendirildikleri bu çalışma kapsamında, deney grubunda bir hastanın sezaryen ameliyatına alınacağı ve ETT uygulaması yapılacağı haber verilmiştir. Böylece tüm ekibin uyumlu bir şekilde çalışması ve sorun yaşanmaması hedeflenmiştir.
- Kadın, sezaryen için ameliyathaneye alınırken; araştırmacı da mezura, bebek tartısı, K vitamini, bebek şapkası ve bezini yanına alarak ameliyathaneye girmiştir.
- Ameliyat sırasında supine pozisyonda yatan kadının monitörize edilmesi için elektrokardiyogram elektrotları göğsüne değil, omuzlarına yakın şekilde takılmış ve göğüs bölgesi boş bırakılmıştır.
- Bebek doğduktan sonra, ilk 5 dakikada bakım ve muayenesi yapılmıştır.
- Araştırmaya alınma kriterlerine uyan bebeklerin, ETT uygulaması için çocuk doktoru onayı alındıktan sonra; ağırlık, boy ve baş çevresi, araştırmacı tarafından ölçülmüştür.
- Bebeğe ve kadına bilekliği takılıp, bebeğin ayak izi alınmıştır.
- K vitamini enjeksiyonu yapılmış, bebeğin başına bir şapka giydirilmiş ve altı bezlenmiştir.
- Kadın ve bebek odaya çıkana kadar, hiç bir rutin uygulama için ETT'nin

kesilmemesi amacıyla, ölçümler hemen yapılmış ve böylece hastane rutini olan uygulamalar da aksatılmamıştır.

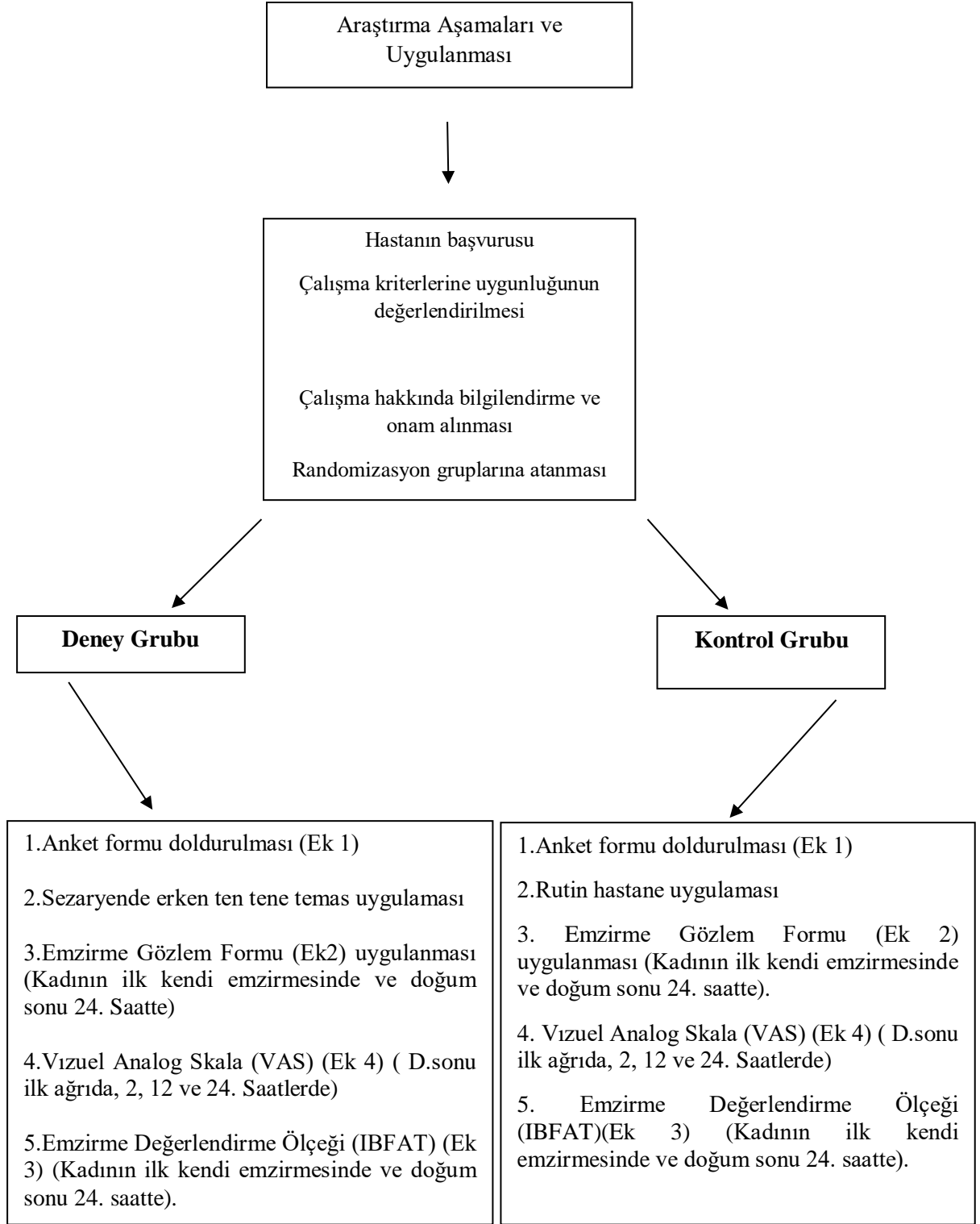
- Yenidoğan, annesinin çıplak göğsüne prone pozisyonunda, yatay şekilde ve çıplak olarak yatırılıp, üzerine ısıtılmış havlu örtülmüştür.
- Ameliyat süresince, ameliyat bitiminde sedyeler arasında taşıma ve uyanma odasındaki takip esnasında, doğum sonu servisine giderken, araştırmacı hep kadının yanında olmuştur ve kadının bebeğini iyi tutup tutamadığını kontrol edip, gerektiği noktada yardım etmiştir.
- Araştırmacı, ETT esnasında bebeğin solunumunu, rengini ve dolaşımını sürekli gözlemlemiştir.
- ETT süresi, kadının göğsüne bebeğin konulmasından itibaren kadın, doğum sonu servisindeki yatağına alınana kadar geçen süre olmuştur.
- Kadının serviste ilk kendi emzirmesi esnasında ve 24. saatte Emzirme Gözlem Formu (Ek2) doldurulmuştur.
- Kadının serviste ilk kendi emzirmesinde, 24, 48 ve 72. saatlerde Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) (Ek 3) doldurulmuştur.
- Kadının, doğum sonu ilk ağrı tariflediği zamanda, 2, 12 ve 24. saatlerde Vısel Analog Skala (VAS) (Ek 4) uygulanmıştır.
- Kadına veya bebeğe hastane rutini dışında hiç bir IV girişimde bulunulmamış, ayrıca bir tetkik istenmemiştir.
- Belirtilen ETT uygulaması dışında, farklı bir uygulama yapılmamıştır. Ancak kadın ve bebekten rutinde alınmış olan tetkiklerin sonuçlarından faydalanılmıştır.

#### **5.7.2.2. Kontrol grubunda araştırmanın uygulanması**

- Gönüllü Olur Formu imzalatıldıktan sonra Anket Formu (Ek 1) uygulanmıştır.
- Kontrol grubundaki kadınlara hastanenin rutin uygulaması yapılmıştır.
- Kadının ameliyat için hazırlığı tamamlanıp ameliyathaneye teslim edilirken, araştırmacı da ameliyathaneye girmiştir.
- Kadının çalışmaya dahil olabilmesi için, ameliyatın spinal anestezi ile yapılması gerekmektedir.

- Kadının, tansiyon aleti manşonu, damaryolu yeri, monitorize edilmesi için takılan elektrokardiyogram elektrotlarının yerlerine müdahale edilmemiş, kollar rutinde olduğu şekilde sabitlenmiştir.
- Bebek doğunca, bebek hemşiresi steril yeşil örtü ile bebeği alıp, önceden ısıtılan radyant ısıtıcı altında çocuk doktoru ile birlikte bebeğin ilk bakımı ve muayenesini tamamlamıştır.
- Bebeğe ve kadına bileklik takılmış, bebeğin ayak izi alınmıştır. Bebek, annesine bir iki dakika gösterilmiş ve ameliyathaneden çıkarılıp, doğumhane içinde bulunan bebek bakım odasına alınmıştır.
- K vitamini ve aşısı uygulanmış; tartı, boy ve baş çevresi ölçümü yapılmıştır.
- Bebek ısıtılmak üzere küvöz içine alınmış ve annesi doğum sonu servisindeki odasına alınana kadar pulse oksimetre probu ile monitorize olarak küvöz içinde takip edilmiştir.
- Kadın, odasına alındıktan sonra bebek hemşiresi tarafından ilk emzirme başlatılmıştır.
- Kadının serviste ilk kendi emzirmesi esnasında ve 24. saatte Emzirme Gözlem Formu (Ek2) doldurulmuştur.
- Kadının serviste ilk kendi emzirmesinde, 24, 48 ve 72. saatlerde Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) (Ek 3) doldurulmuştur.
- Kadının, doğum sonu ilk ağrı tariflediği zamanda, 2, 12 ve 24. saatlerde Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4) uygulanmıştır.
- Kadın veya bebeğe hastane rutini dışında hiç bir IV girişimde bulunulmamış, ayrıca bir tetkik istenmemiş ya da farklı bir uygulama yapılmamıştır. Ancak kadın ve bebekten rutinde alınmış olan tetkiklerin sonuçlarından faydalanılmıştır.

### 5.7.3. Araştırmanın aşamaları ve uygulanması



Şekil 4. Araştırmanın Aşamaları ve Uygulanması

## **5.8. Araştırmada kullanılan temel değişkenler**

### **5.8.1. Bağımsız değişkenler:**

Yaş, öğrenim düzeyi, eşin öğrenim durumu, eşin mesleği, gravida, parite, abortus, sezaryen endikasyonu, bebeğin boyu, kilosu ve cinsiyeti.

### **5.8.2. Bağımlı değişkenler:**

ETT süresi, emzirme başarısı, doğum sonu kanama miktarı, doğum sonu ağrı düzeyi, bebeğin vücut ısısı (aksiller), bebeğin oksijen saturasyonu ve kalp tepe atımı, bebeğin doğum sonu 6.saatte kan şekeri düzeyi.

## 5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında t Student testi, Mann Whitney U test ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven düzeyinde, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verinin Özelliği	Kullanılan test
Niceliksel verilerin karşılaştırılması	t Student testi Mann Whitney U testi Kruskal Wallis testi
Niteliksel verilerin karşılaştırılması	Ki-Kare testi Fisher Exact Ki-Kare testi
Parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson korelasyon testi

Şekil 5. Verilerin Değerlendirilmesi

## 5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik kurul izni Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.05.2017 tarih ve 09.2017.375 protokol numarası ile alınmıştır (Ek 7). Çalışmanın yapılacağı hastanenin bağlı olduğu Kamu Hastaneler Birliği'nden 70794255-799 sayı ve 24.08.2017 tarihli yazılı izin alınmıştır (Ek 8). IBFAT (Emzirme Değerlendirme Ölçeği) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan hocalardan mail yoluyla izin istenmiş ve izin verilmiştir (Ek 9). Öncelikle çalışmaya katılan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilmişlerdir (Ek 5). Daha sonra çalışmaya katılanlardan Gönüllü Onay Formu alınmıştır (Ek 6). Onam alındıktan sonra, Anket

Formu (Ek 1), ETT uygulaması ve diğer formlar uygulanmıştır. Bebeğe ya da kadına hastane rutini dışında herhangi bir invaziv girişimde bulunulmamış ve hastane rutinde yapılan testlerin sonuçlarından faydalanılmıştır.

Çalışmamıza katılan tüm kadınların tıbbi ve özel bilgileri, isimleri, adresleri ve çalışma süresince ulaşılmış tüm verileri gizli tutulmuş; şifreli ve güvenli tek bir bilgisayarda saklanmıştır. Araştırmada kullanılan anket ve diğer formlar da araştırmacı tarafından güvenli bir yerde muhafaza edilmektedir. Bu çalışmadaki kadınlar ve bebeklerinden elde edilen veriler, bilgi ve bulgular, bu araştırma dışında başka bir yerde ya da başka bir amaçla kullanılmamıştır ve kullanılmayacaktır.

### **5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma, İstanbul ilinde Avrupa yakasında bulunan büyük bir eğitim araştırma hastanesinde, 24 Ağustos 2017–20 Mayıs 2018 tarihleri arasında, spinal anestezi ile sezaryen olan kadınlardan, çalışma şartlarına uygun ve çalışmaya katılmayı kabul edenler içinden, randomizasyon ile seçim yapılarak, kontrollü ve deneysel bir çalışma olarak uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini 24 Ağustos 2017–20 Mayıs 2018 tarihleri arasında, bu hastanede spinal anestezi ile sezaryen olan kadınlar oluşturmuştur. Sonuçlar evrene ve başka çalışmalara genellenemez.

### **5.12. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Durumlar**

#### **5.12.1. Olumlu durumlar**

Çalışma esnasında pek çok olumlu durumla karşılaşılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlar, ETT uygulamasından memnun kaldıklarını ifade etmişler; daha önce sezaryen doğum yapmış ve ETT uygulanmamış kadınlar, bu kez bebeklerini daha iyi emzirdiklerini ve sütlerinin daha erken ve daha fazla miktarda geldiğini belirtmişlerdir.

### 5.12.2. Olumsuz durumlar

Çalışma esnasında bazı olumsuz durumlarla karşılaşmıştır. Çalışmanın etik kurul izni alındığı dönemde, kamu hastane birlikleri bulunması sebebiyle, ilgili hastanenin bağlı olduğu kamu hastaneler birliğinden izin alınmış ve çalışma izinleri ile ilgili yazılarında ‘‘Hastane adı kesinlikle zikredilmeyecektir’’ yazdığı için, çalışmanın hiç bir bölümünde hastane adı anılmamıştır. Çalışmanın yapıldığı eğitim ve araştırma hastanesi, konumu sebebiyle çok fazla yabancı uyruklu ve özellikle de Suriyeli kadının başvurduğu bir hastane olup, ırk faktörü kanama miktarını etkileyebileceği için, Türkçe bilseler dahi bu kadınlar çalışmaya dahil edilememiştir. Erken ten tene temas uygulaması esnasında fotoğraf çekmek ve çalışmaya eklemek/yayınlamak için pek çok kadından izin istenmiş, ancak kadınlar dini inanış, günah, nazar ya da başka sebepler belirterek buna kesinlikle izin vermemişlerdir. Bu sebeple çalışmamızda fotoğraf bulunmamaktadır.

## **6. BULGULAR**

Sezaryen doğum yapan kadınlarda, erken ten tene temasın, emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızda elde edilen veriler 3 başlık altında incelenmiştir.

- Kadınların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulgular
- ETT Uygulaması ve Emzirmeye Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular
- ETT'nin Doğum Sonu Ağrı ve Kanama Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

### **6.1. Kadınların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulgular**

Bu başlık altında; çalışmamızdaki kadınların yaşı, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu; eşlerinin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği gibi özelliklere ait demografik bulguları; kadınların gravida, parite, abortus, yaşayan çocuk sayısı, önceki doğum şekli, gebelikte emzirme eğitimi alma durumu, emzirmeyi düşünme süresi gibi özelliklere ait obstetrik bulguları ve bebeklerin doğumda ağırlığı, boy ve baş çevresi, 1. ve 5. dk apgar skorlaması ve cinsiyeti gibi özellikleri ile ilgili bulgular verilmiştir.

**Tablo 1. Kadınların Demografik Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

Tanımlayıcı Özellikler	Gruplar				Toplam (N=88)		İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		Min-Max	X±SD	
	Min-Max	X±SD	Min-Max	X±SD			
<b>Yaş</b>	21-41	29,68±5,19	18-44	28,82±5,80	18-44	29,28±5,47	t=0,726 p=0,470*
<b>Eşin Yaşı</b>	25-48	34,19±5,19	25-51	33,56±5,63	25-51	33,89±5,38	t=-0,680 p=0,496**
<b>Evlilik Süresi</b>	1-22	8,48±4,80	1-24	8,43±4,96	1-24	8,46±4,85	t=-0,017 p=0,987**
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
İlkokul ve altı****	13	27,6	15	36,6	28	31,7	x <sup>2</sup> :5,082 p:0,406***
İlköğretim	17	36,2	15	36,6	32	36,4	
Lise	14	29,8	7	17,1	21	23,9	
Üniversite	3	6,4	4	9,8	7	8,0	
<b>Çalışma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Çalışan	15	31,9	8	19,5	23	26,1	x <sup>2</sup> :1,745 p:0,187***
Çalışmayan	32	68,1	33	80,5	65	73,9	
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
İlkokul	12	25,5	10	24,4	22	25,0	x <sup>2</sup> :7,833 p:0,050***
İlköğretim	9	19,1	17	41,5	26	29,5	
Lise	22	46,8	9	22	31	35,2	
Üniversite	4	8,5	5	12,2	9	10,2	
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Çalışan	40	85,1	31	75,6	71	80,7	x <sup>2</sup> :1,267 p:0,260***
Çalışmayan	7	14,9	10	24,4	17	19,3	
<b>Eşin Mesleği</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
İşçi	32	68,1	25	61,0	57	64,8	x <sup>2</sup> :2,905 p:0,407***
Memur	4	8,5	5	12,2	9	10,2	
Serbest çalışan	4	8,5	1	2,4	5	5,7	
İşsiz	7	14,9	10	24,4	17	19,3	
<b>TOPLAM</b>	47	100	41	100	88	100	

\*Bağımsız Gruplarda T-Testi      \*\*Mann Whitney U Testi      \*\*\*Ki-Kare Testi kullanılmıştır.  
\*\*\*\*Okuryazar değil, okuryazar ve ilköğretim birleştirilmiştir.

Kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 1’ de verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların yaş ortalaması  $29,68 \pm 5,19$  yıl, kontrol grubundaki kadınların ise  $28,82 \pm 5,80$  yıl bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=0,726$   $p=0,470 > 0,05$ ). Kadınların eşlerinin yaş ortalaması deney grubunda  $34,19 \pm 5,19$  yıl, kontrol grubunda ise  $33,56 \pm 5,63$  yıl olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,680$   $p=0,496 > 0,05$ ). Deney grubundaki kadınların evlilik süresi ortalaması  $8,48 \pm 4,80$  yıl, kontrol grubundaki kadınların ise  $8,43 \pm 4,96$  yıl olarak tespit edildi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,017$   $p=0,987 > 0,05$ ). Deney grubundaki kadınların % 31,9’unun, kontrol grubundakilerin ise %19,5’unun çalıştığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2:1,745$   $p:0,187 > 0,05$ ). Deney grubundaki kadınların %36,2’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %36,6’sının ilköğretim mezunu olduğu bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2:5,082$   $p:0,406 > 0,05$ ) (Tablo 1).

Deney grubundaki kadınların eşlerinin %25,5’inin ve kontrol grubundaki kadınların eşlerinin %24,4’ünün ilkokul mezunu olduğu bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2:7,833$   $p:0,050 > 0,05$ ). Deney grubundaki kadınların eşlerinin %85,1’inin, kontrol grubundaki kadınların eşlerinin ise %75,6’sının çalıştığı tespit edildi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2:1,267$   $p:0,260 > 0,05$ ). Deney grubundaki kadınların eşlerinin %68,1 ve kontrol grubundaki kadınların eşlerinin %61,0 oranında işçi olduğu görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2:2,905$   $p:0,407 > 0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

Obstetrik Özellikler	Gruplar				Toplam (N=88)		İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		Min-Max	X±SD	
	Min-Max	X±SD	Min-Max	X±SD			
<b>Gravida</b>	1-10	2,91±1,67	1-6	2,73±1,32	1-10	2.82±1.51	t=-0,298 p=0,766*
<b>Parite</b>	1-8	2,48±1,28	1-5	2,53±1,14	1-8	2.51±1.21	t=-0,360 p=0,719*
<b>Abortus</b>	,00-3,0	0,44±0,80	,00-2,0	0,19±0,51	,00-3,00	,32±,69	t=-1,704 p=0,088*
<b>Yaşayan çocuk</b>	1-8	2,46±1,28	1-5	2,53±1,14	1-8	2,50±1,21	t=-0,458 p=0,647*
<b>Gebelik haftası</b>	37- 42	38,80±1,03	36-42	38,87±1,12	36-42	38,84±1,07	t=-0,533 p=0,594*
<b>Önceki doğum şekli</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2 = 2,656$ p=0,448**
Doğum yapmamış	9	19,1	7	17,1	16	18,2	
Sadece sezaryen	27	57,4	22	53,7	49	55,7	
Sadece NSD	3	6,4	7	17,1	10	11,4	
NSD ve C/S	8	17,0	5	12,2	13	14,8	
<b>Gebelikte emzirme eğitimi alma durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2 = 1,608$ p=0,205**
Eğitim alanlar	27	57,4	18	43,9	45	51,1	
Eğitim almayanlar	20	42,6	23	56,1	43	48,9	
<b>Emzirmeyi düşünme süresi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2 = 0,286$ p=0,867**
6 ay ve daha az	10	21,3	9	21,9	19	21,5	
8-18 ay	22	46,7	17	41,5	39	44,2	
20-24 ay	15	32	15	36,6	30	34,1	
<b>Daha önce emzirme durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2 = 1,199$ p=0,549**
İlk doğum	9	19,1	7	17,1	16	18,2	
Emzirenler	38	80,9	33	80,5	71	80,7	
Emzirmeyenler	-	-	1	2,4	1	1,1	
<b>Daha önce emzirmede sorun yaşama</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2 = 0,366$ p=0,833**
Sorun yaşayan	18	38,3	18	43,9	36	40,9	
Sorun yaşamayan	20	42,6	15	36,6	35	39,8	
Emzirmeyen	9	19,1	8	19,5	17	19,3	
<b>TOPLAM</b>	47	100	41	100	88	100	

\*Mann Whitney U Testi \*\*Ki-Kare Testi \*\*\*Bağımsız Gruplarda T-Testi Kullanılmıştır.

Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 2’de verilmiştir.

Bu çalışmada; deney grubunda bulunan kadınların gravida ortalaması  $2,91 \pm 1,67$ , kontrol grubunda bulunan kadınların gravida ortalaması ise  $2,73 \pm 1,32$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=0,298$   $p=0,766 > 0,05$ ). Deney grubundaki kadınların parite ortalaması  $2,48 \pm 1,28$ , kontrol grubundaki kadınların ise  $2,53 \pm 1,14$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,360$   $p=0,719 > 0,05$ ). Kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması deney grubunda  $2,46 \pm 1,28$ , kontrol grubunda ise  $2,53 \pm 1,14$  olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,458$   $p=0,647 > 0,05$ ). Gebelik haftası ortalaması deney grubunda  $38,80 \pm 1,03$ , kontrol grubunda  $38,87 \pm 1,12$  olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,533$   $p=0,594 > 0,05$ ). Önceki doğum şekli bakımından, deney grubundaki kadınlardan 9’u (19,1) daha önce doğum yapmamış, 27’si (%57,4) sadece sezaryen olmuş; kontrol grubundakilerden ise 7’si (%17,1) doğum yapmamış ve 22’si (%53,7) sadece sezaryen olmuş olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 2,656$   $p=0,448 > 0,05$ ). Gebelikte emzirme eğitimi alma açısından, deney grubundaki kadınların 27’si (%57,4) emzirme eğitimi almış, 20’si (%42,6) emzirme eğitimi almamış; kontrol grubundaki kadınların 18’i (%43,9) emzirme eğitimi almış ve 23’ü (%56,1) emzirme eğitimi almamış olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 1,608$   $p=0,205 > 0,05$ ). Kadınların emzirmeyi düşünme süresi açısından; deney grubundaki kadınların 22’si (%46,7) 8-18 ay arası ve 15’i (%32) 20-24 ay emzirmeyi düşündüğünü, kontrol grubundaki kadınların ise 17’si (%41,5) 8-18 ay arası ve 15’i (%36,6) 20-24 ay emzirmeyi düşündüğünü ifade etti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 0,286$   $p=0,867 > 0,05$ ). Deney grubundaki kadınlardan 38’inin (%80,9); kontrol grubundakilerden ise 33’ünün (%80,5) daha önce emzirdiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $\chi^2 = 1,199$   $p=0,549 > 0,05$ ). Deney grubunda, daha önce emzirmede sorun yaşayan 18 (%38,3) kadın, kontrol grubunda 18 (%43,9) kadın vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2 = 0,366$   $p=0,833 > 0,05$ ).

**Tablo 3. Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması**

Tanımlayıcı Özellikler	Gruplar						İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		Toplam (N=88)		
	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	
<b>Bebeğin ağırlığı (gr)</b>	2430- 4590	3415±503,4	2340- 4750	3387±508,6	2340- 4750	3402±503	t=0,265 p=0,792*
<b>Bebeğin boyu (cm)</b>	47-55	50,07±2,24	46-55	50,41±2,14	46-55	50,23±2,19	t=-0,934 p=0,350**
<b>Bebeğin baş çevresi (cm)</b>	32-38	34,67±1,58	32-38	34,51±1,74	32-38	34,59±1,65	t=-0,406 p=0,685**
<b>Apgar 1.dk</b>	8-9	8,93±0,247	7-9	8,78±0,524	7-9	8,86±,40	t=-1,611 p=0,107**
<b>Apgar 5.dk</b>	9-10	9,91±0,282	9-10	9,87±0,331	9-10	9,89±,30	t=-0566 p=0,572**
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Kız	26	55,3	24	58,5	50	56,8	$\chi^2 =0,092$
Erkek	21	44,7	17	41,5	38	43,2	p=0,761***
<b>TOPLAM</b>	47	100,0	41	100,0	88	100,0	

\*Bağımsız Gruplarda T-Testi \*\*Mann Whitney U Testi \*\*\*Ki-Kare Testi Kullanılmıştır.

Bebeklerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Deney grubundaki bebeklerin ortalama ağırlığı  $3415 \pm 503,4$  gr, kontrol grubunda ise  $3387 \pm 508,6$  gr bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=0,265$   $p=0,792 > 0,05$ ). Deney grubundaki bebeklerin boy ortalaması  $50,07 \pm 2,24$  cm, kontrol grubunda ise  $50,41 \pm 2,14$  cm olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,934$   $p=0,350 > 0,05$ ). Bebeklerin baş çevresi ortalaması deney grubunda  $34,67 \pm 1,58$  cm, kontrol grubunda  $34,51 \pm 1,74$  cm olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,406$   $p=0,685 > 0,05$ ).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 1. dk apgar skoru ortalaması  $8,93 \pm 0,247$ , kontrol grubundakilerin ise  $8,78 \pm 0,524$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $t=-1,611$   $p=0,107 > 0,05$ ). Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 5. dk apgar skoru ortalaması  $9,91 \pm 0,282$  ve kontrol grubundakilerin  $9,87 \pm 0,331$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,566$   $p=0,572 > 0,05$ ).

Deney grubundaki bebeklerin 26'sı (%55,3) kız, 21'i (%44,7) erkek, kontrol grubundakilerin ise 24'ü (58,5) kız, 17'si (%41,59) erkek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $\chi^2 = 0,092$   $p=0,761 > 0,05$ ).

## **6.2. ETT Uygulaması ve Emzirmeye Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular**

Bu bölümde, ETT'ye başlama zamanı (dk), toplam ETT süresi, bebeğin ilk emdiği dakika, ilk emzirme süresi, bebeğin ilk emme şekli ve ETT'nin emzirme üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla uyguladığımız IBFAT ve EGF'ye ait puan ve bulguların gruplara göre karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4. Gruplardaki Kadınların ETT Uygulamasına İlişkin Bulgularının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

ETT uygulaması	Gruplar						İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		Toplam (N=88)		
	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	
ETT'ye başlama dk.	4-7	5,00±0,80					
Bebeğin ilk emdiği dk.	6-12	8,04±1,10	60- 120	94,78±14,28	6-120	48,45±44,5 8	t=-8,132 p<0,001*
İlk emzirme süresi (dk)	4-15	7,82±2,49	3-10	5,60±1,90	3-15	6,79±2,49	t=-4,765 p<0,001*
Toplam ETT süresi (dk)	47-92	67,34±13,20					
Bebeğin ilk emme şekli	n	%	n	%	n	%	
Yardımla	20	42,6	31	75,6	51	58,0	$\chi^2 = 9,820$
Kendiliğinden	27	57,4	10	24,4	37	42,0	P=0,002**
<b>TOPLAM</b>	47	100	41	100	88	100	

\*Mann Whitney U Testi \*\*Ki-Kare Testi Kullanılmıştır.

Gruplardaki kadınların ETT uygulamasına ilişkin bulgularının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir.

Deney grubunda, ETT'ye başlama zamanı ortalaması  $5,0\pm 0,80$  dk. ve toplam ETT süresi ortalaması ise  $67,34\pm 13,20$  dk. olarak bulundu. Kontrol grubuna ETT uygulaması yapılmadı.

Bebeğin ilk emdiği dakika, deney grubunda ortalama  $8,04\pm 1,10$  dk iken, kontrol grubunda ortalama  $94,78\pm 14,28$  dk olarak gerçekleşti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-8,132$   $p<0,001$ ). İlk emzirme süresi deney grubunda ortalama  $7,82\pm 2,49$  dk, kontrol grubunda  $5,60\pm 1,90$  dk olarak gerçekleşti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-4,765$   $p<0,001$ ). Bebeğin ilk emme şekli deney grubunda 20 (%42,6) yardımla, 27 (%57,4) kendiliğinden; kontrol grubunda ise 31 (%75,6) yardımla, 10 (%24,4) kendiliğinden olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =9,820$   $P=0,002$ ).

**Tablo 5. Gruplardaki Kadınların IBFAT Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Emzirme	Gruplar				Toplam		İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		(N=88)		
	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	
<b>IBFAT Puanı</b>							
<b>(Kadının ilk kendi emzirmesinde)</b>	3-10	8,68±1,56	3-11	5,29±1,50	3-11	7,10±2,28	<b>t=-6,854</b> <b>p&lt;0,001*</b>
<b>IBFAT 24.saat Puanı</b>	4-10	9,38±1,17	4-9	6,07±1,17	4-10	7,84±2,03	<b>t=-7,541</b> <b>p&lt;0,001*</b>
<b>IBFAT 48.saat Puanı</b>	4-11	10,04±1,25	4-10	6,43±1,43	4-11	8,36±2,24	<b>t=-7,422</b> <b>p&lt;0,001*</b>
<b>IBFAT 72.saat Puanı</b>	5-12	10,61±1,07	4-9	7,31±1,29	4-12	9,08±2,03	<b>t=-7,822</b> <b>p&lt;0,001*</b>

\*Mann Whitney U Testi Kullanılmıştır.

Gruplardaki kadınların ETT uygulaması sonrası Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. IBFAT puan ortalamaları açısından incelediğimizde; deney grubundaki kadınların ilk kendi emzirmesinde IBFAT puan ortalamaları 8,68±1,56, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamaları ise 5,29±1,50 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-6,854 p<0,001). 24.saatteki emzirmede IBFAT puan ortalamaları deney grubu için 9,38±1,17 ve kontrol grubu için 6,07±1,17 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-7,541 p<0,001).Deney grubundaki kadınların 48.saatte IBFAT puan ortalaması 10,04±1,25 iken, kontrol grubunda 6,43±1,43 olarak bulunurken, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-7,422 p<0,001). Deney grubundaki kadınların 72. saat IBFAT puan ortalamaları 10,61±1,07 iken kontrol grubundaki kadınların ise 7,31±1,29 ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-7,822 p<0,001).

**Tablo 6. Gruplardaki Kadınların Emzirme Gözlem Formu (EGF) Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Emzirme Gözlem Formu Puanları (EGF)	Gruplar						İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		Toplam (N=88)		
	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	Min- Max	X±SD	
<b>Kadının İlk Kendi Emzirmesinde</b>	13-24	18,14±3,15	5-16	11,63±2,92	5-24	15,11±4,45	<b>t=-7,428</b> <b>p&lt;0,001*</b>
<b>Doğum Sonu 24. Saat</b>	15-26	20,87±3,35	8-18	14,48±2,65	8-26	17,89±4,41	<b>t=-7,165</b> <b>p&lt;0,001*</b>
<b>Bebeğin Emme Süresi</b>							
<b>Kadının ilk kendi emzirmesinde</b>	9-19	13,46±2,95	3-14	8,48±2,87	3-19	11,14±3,82	<b>t=-6,147</b> <b>p&lt;0,001*</b>
<b>Doğum Sonu 24. Saat</b>	13-25	18,85±3,30	5-20	12,80±3,77	5-25	16,03±4,63	<b>t=-6,162</b> <b>p&lt;0,001*</b>

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Gruplardaki kadınların ETT uygulaması sonrası Emzirme Gözlem Formu (EGF) puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Deney grubundaki kadınların bebeklerini ilk kendi emzirmelerinde EGF puan ortalamaları  $18,14 \pm 3,15$ , kontrol grubunda ise puan ortalamaları  $11,63 \pm 2,92$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-7,428$   $p<0,001$ ).

Deney grubundaki kadınların 24. saatteki emzirmelerinde EGF puanları ortalaması  $20,87 \pm 3,35$  ve kontrol grubundaki kadınların ise  $14,48 \pm 2,65$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-7,165$   $p<0,001$ ).

Bebeğin, kadının ilk kendi emzirmesindeki emme süresi ortalaması deney grubunda  $13,46 \pm 2,95$  dk iken, kontrol grubunda  $8,48 \pm 2,87$  dk ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-6,147$   $p<0,001$ ).

Bebeğin 24. saatteki emzirmede emme süresi, deney grubunda  $18,85 \pm 3,30$  dk, kontrol grubunda ise  $12,80 \pm 3,77$  dk olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-6,162$   $p<0,001$ ).

**Tablo 7. Gruplardaki Kadınların Doğum Sonu İlk Kendi Emzirmelerinde Uygulanan Emzirme Gözlem Formuna (EGF) İlişkin Bulgularının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Emzirmenin iyi gittiğinin belirtileri	Gruplar				İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		
	n	%	n	%	
<b>Vücut pozisyonu</b>					
Anne gevşek ve rahat	30	63,8	7	17,1	$\chi^2=19,646$ $p<0,001^*$
Bebekğin vücudu yakın, memeye dönük	37	78,7	17	41,5	$\chi^2=12,823$ $p<0,001^*$
Bebekğin başı ve vücudu düz	14	29,8	1	2,4	$\chi^2=11,583$ $p=0,001^*$
Çene memeye değiyor	38	80,9	26	63,4	$\chi^2=3,357$ $p=0,067^*$
Bebek alttan destekli	16	34,0	2	4,9	$\chi^2=11,447$ $p=0,001^*$
<b>Bebekğin davranışı</b>					
Bebek acıkınca memeye uzanıyor	46	97,9	27	65,9	$\chi^2=15,877$ $p<0,001^*$
Bebek memeyi arıyor	47	100	37	90,2	$\chi^2=4,804$ $p=0,028^*$
Bebek diliyle memeyi keşfediyor	38	80,9	31	75,6	$\chi^2=0,355$ $p=0,551^*$
Bebek memede sakin ve uyanık	27	57,4	6	14,6	$\chi^2=17,125$ $p<0,001^*$
Bebek memeye yerleştirilmiş duruyor	16	34,0	2	4,9	$\chi^2=11,447$ $p=0,001^*$
Süt salgılaması bulguları var	42	89,4	1	2,4	$\chi^2=66,214$ $p<0,001^*$
<b>Duygusal bağlanma</b>					
Emin ve güvenli tutuş	23	48,9	2	4,9	$\chi^2=20,899$ $p<0,001^*$
Annenin yüz yüze dikkati	36	76,6	6	14,6	$\chi^2=33,698$ $p<0,001^*$
Annenin çok dokunması	40	85,1	20	48,8	$\chi^2=13,319$ $p<0,001^*$
<b>Anatomi</b>					
Emzirmeden sonra yumuşak memeler	42	89,4	35	85,4	$\chi^2=0,32$ $p=0,572^*$
İleri uzanmış, dik meme uçları	38	80,9	36	87,8	$\chi^2=0,791$ $p=0,374^*$
Sağlıklı görünen deri	45	95,7	37	90,2	$\chi^2=1,043$ $p=0,307^*$
Emzirme esnasında yuvarlak memeler	25	53,2	15	36,6	$\chi^2=2,436$ $p=0,119^*$
<b>Emme</b>					
Geniş, açık ağız	42	89,4	32	78,0	$\chi^2=2,095$ $p=0,148^*$
Alt dudak dışa dönmüş	33	70,2	29	70,7	$\chi^2=0,003$ $p=0,958^*$

Dil memenin etrafında kıvrılmış	32	68,1	34	82,9	$\chi^2=2,573$ $p=0,109^*$
Yanaklar yuvarlak	23	48,9	30	73,2	$\chi^2=5,369$ $p=0,02^*$
Ağzın üzerinde daha fazla aerola	29	61,7	34	82,9	$\chi^2=4,85$ $p=0,028^*$
Yavaş, derin emmeler ve arada dinlenme	40	85,1	2	4,9	$\chi^2=56,495$ $p<0,001^*$
Yutkunma duyulabiliyor veya görülebiliyor	36	76,6	6	14,6	$\chi^2=33,698$ $p<0,001^*$
<b>Emme için harcanan zaman</b>					
Bebek memeyi bırakıyor	17	36,2	3	7,3	$\chi^2=10,38$ $p=0,001^*$
	<b>Min-Max</b>	<b>X±SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>X±SD</b>	
<b>Emme süresi (dk)</b>	9-19	13,46±2,95	3-14	8,48±2,87	$t=7,988$ $p<0,001^{**}$

\*Ki-Kare Testi \*\*Bağımsız T-Testi Kullanılmıştır.

Gruplardaki kadınların doğum sonu ilk kendi emzirmelerinde uygulanan Emzirme Gözlem Formuna (EGF) ilişkin bulgularının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. EGF’nin vücut pozisyonu bölümü incelendiğinde; Deney grubundaki kadınların 30’unun (%63,8), kontrol grubundaki kadınların 7’sinin (%17,1) emzirme esnasında gevşek ve rahat olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2=19,646$   $p<0,001$ ). Deney grubunda bebeğin vücudu yakın, memeye dönük olanlar 37 (%78,7), kontrol grubunda ise 17 (%41,5) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=12,823$   $p<0,001$ ). Deney grubunda bebeğin başı ve vücudu düz olanlar 14 (%29,8), kontrol grubunda ise 1 (%2,4) olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=11,583$   $p=0,001$ ). Deney grubunda bebeğin çenesi memeye değenler 38 (%80,9), kontrol grubunda 26 (%63,4) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=3,357$   $p=0,067$ ). Deney grubunda bebeğin alttan destekli olduğu 16 (%34,0), kontrol grubunda 2 (%4,9) bebek vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=11,447$   $p=0,001$ ).

EGF’nin bebeğin davranışı bölümünü incelediğimizde; acıkınca memeye uzanan bebek deney grubunda 46 (%97,9), kontrol grubunda 27 (%65,9) tanedir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=15,877$   $p<0,001$ ).

Memeyi arayan bebek, deney grubunda 47 (%100), kontrol grubunda 37 (%90,2) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=4,804$   $p=0,028$ ).

Diliyle memeyi keşfeden bebek, deney grubunda 38 (%80,9), kontrol grubunda 31 (%75,6) tane olarak görülmüştür ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=0,355$   $p=0,551$ ). Deney grubunda memede sakin ve uyanık olan bebek 27 (%57,4), kontrol grubunda 6 (%14,6) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=17,125$   $p<0,001$ ). Memeye yerleştirilmiş duran bebek deney grubunda 16 (%34,0), kontrol grubunda 2 (%4,9) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=11,447$   $p=0,001$ ). Süt salgılama bulgularının olması deney gurubunda 42 (%48,9), kontrol grubunda 1 (%2,4) kadında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=66,214$   $p<0,001$ ).

EGF'nin duygusal bağlanma bölümündeki maddeler incelendiğinde; deney grubundaki kadınlardan 23'ünün (%48,9), kontrol grubundaki kadınlardan ise 2'sinin (%4,9) bebeğini emin ve güvenli şekilde tuttuğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2=20,899$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki kadınların 36'sının (%76,6) ve kontrol grubundakilerin 6'sının (%14,6)'sının bebeğe yüz yüze dikkati olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2=33,698$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki kadınların 40'ının (%85,1), kontrol grubundaki kadınların ise 20'sinin (%48,8) bebeğine çok dokunduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2=13,319$   $p<0,001$ ).

EGF'nin anatomi bölümü incelendiğinde; emzirmeden sonra yumuşak memeler olma durumu deney grubunda 42 (%89,4), kontrol grubunda 35 (%85,4) kadında vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,32$   $p=0,572$ ). İleri uzanmış dik meme uçları olma durumu deney grubunda 38 (%80,9), kontrol grubunda 36 (%87,8) kadında vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,791$   $p=0,374$ ). Sağlıklı görünen deri olma durumu deney grubunda 45 (%95,7), kontrol grubunda 37 (%90,2) kadında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,043$   $p=0,307$ ). Emzirme esnasında yuvarlak memeler olma durumu deney grubunda 25 (%53,2), kontrol grubunda 15 (%36,6) kadında vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,436$   $p=0,119$ ).

EGF'nin emme bölümü ile ilgili olarak; bebekte geniş açık ağız olma durumu deney grubunda 42 (%89,4), kontrol grubunda 32 (%78,0) bebekte vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,095$   $p=0,148$ ). Alt dudak dışı dönmüş olma durumu deney grubunda 33 (%70,2), kontrol grubunda 29 (%70,7) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,003$   $p=0,958$ ). Dil memenin etrafında kıvrılmış olma durumu deney grubunda 32 (%68,1), kontrol grubunda 34 (%82,9) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,573$   $p=0,109$ ). Emme esnasında yanakların yuvarlak olma durumu deney grubunda 23 (%48,9), kontrol grubunda 30 (%73,2) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=5,369$   $p=0,02$ ). Ağızın üzerinde daha fazla aerola olma durumu deney grubunda 29 (%61,7), kontrol grubunda 34 (%82,9) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=4,85$   $p=0,028$ ). Yavaş, derin emmeler ve arada dinlenme deney grubunda 40 (%85,1), kontrol grubunda 2 (%4,9) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=56,495$   $p<0,001$ ). Yutkunma duyulabiliyor veya görülebiliyor maddesi deney grubunda 36 (%76,6), kontrol grubunda 6 (%14,6) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=33,698$   $p<0,001$ ).

EGF'nin emme için harcanan zaman bölümünü incelediğimizde ise, bebek memeyi bırakıyor maddesi deney grubunda 17 (%36,2), kontrol grubunda 3 (%7,3) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=10,38$   $p=0,001$ ).

Emme süresi; deney grubunda en az 9, en fazla 19 dakika ve ortalama olarak  $13,46\pm 2,95$  dakika olmuş, kontrol grubunda ise emme süresi en az 3 en fazla 14 dakika ve ortalama olarak  $8,48\pm 2,87$  dakika olmuştur. Emme süresi bakımından, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $t=7,988$   $p<0,001$ ).

**Tablo 8. Gruplardaki Kadınların Doğum Sonu 24.Saatte Uygulanan Emzirme Gözlem Formuna (EGF) İlişkin Bulgularının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Emzirmenin iyi gittiğinin belirtileri	Gruplar				İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		
	n	%	n	%	
<b>Vücut pozisyonu</b>					
Anne gevşek ve rahat	30	63,8	6	14,6	$x^2 = 21,924$ $p < 0,001^*$
Bebeğin vücudu yakın, memeye dönük	34	72,3	7	17,1	$x^2 = 26,879$ $p < 0,001^*$
Bebeğin başı ve vücudu düz	35	74,5	9	22,0	$x^2 = 24,158$ $p < 0,001^*$
Çene memeye değiyor	40	85,1	28	68,3	$x^2 = 3,525$ $p = 0,060^*$
Bebek alttan destekli	37	78,7	28	68,3	$x^2 = 1,234$ $p = 0,267^*$
<b>Bebeğin davranışı</b>					
Bebek acıkınca memeye uzanıyor	43	91,5	26	63,4	$x^2 = 10,195$ $p = 0,001^*$
Bebek memeyi arıyor	46	97,9	35	85,4	$x^2 = 4,678$ $p = 0,031^*$
Bebek diliyle memeyi keşfediyor	40	85,1	29	70,7	$x^2 = 2,673$ $P = 0,102^*$
Bebek memede sakin ve uyanık	40	85,1	7	17,1	$x^2 = 40,731$ $p < 0,001^*$
Bebek memeye yerleştirilmiş duruyor	24	51,1	9	22,0	$x^2 = 7,919$ $p = 0,005^*$
Süt salgılaması bulguları var	44	93,6	37	90,2	$x^2 = 0,340$ $p = 0,560^*$
<b>Duygusal bağlanma</b>					
Emin ve güvenli tutuş	36	76,6	8	19,5	$x^2 = 28,542$ $P < 0,001^*$
Annenin yüz yüze dikkati	44	93,6	16	39,0	$x^2 = 30,083$ $P < 0,001^*$
Annenin çok dokunması	37	78,7	18	43,9	$x^2 = 11,328$ $p = 0,001^*$
<b>Anatomi</b>					
Emzirmeden sonra yumuşak memeler	42	89,4	35	85,4	$x^2 = 0,320$ $p = 0,572^*$
İleri uzanmış, dik meme uçları	41	87,2	37	90,2	$x^2 = 0,197$ $p = 0,657^*$
Sağlıklı görünen deri	46	97,9	29	70,7	$x^2 = 12,811$ $p < 0,001^*$
Emzirme esnasında yuvarlak memeler	23	48,9	20	48,8	$x^2 = 0,001$ $p = 0,988^*$
<b>Emme</b>					
Geniş, açık ağız	43	91,5	36	87,8	$x^2 = 0,324$ $p = 0,569^*$
Alt dudak dışa dönmüş	37	78,7	27	65,9	$x^2 = 1,829$

					p=0,176*
Dil memenin etrafında kıvrılmış	29	61,7	31	75,6	$\chi^2 = 1,952$ p=0,162*
Yanaklar yuvarlak	31	66,0	26	63,4	$\chi^2 = 0,062$ P=0,803*
Ağzın üzerinde daha fazla aerola	29	61,7	32	78,0	$\chi^2 = 2,751$ P=0,097*
Yavaş, derin emmeler ve arada dinlenme	46	97,9	15	36,6	$\chi^2 = 38,673$ P<0,001*
Yutkunma duyulabiliyor veya görülebiliyor	46	97,9	21	51,2	$\chi^2 = 26,232$ P<0,001*
<b>Emme için harcanan zaman</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Bebek memeyi bırakıyor	35	74,5	22	53,7	$\chi^2 = 4,156$ P=0,041*
	<b>Min-Max</b>	<b>X±SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>X±SD</b>	
<b>Emme süresi</b>	13-25	18,85±3,30	5-20	12,80±3,77	<b>t=-6,162</b> <b>p&lt;0,001**</b>

\*Ki-Kare Testi \*\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Gruplardaki kadınların doğum sonu 24.saatte uygulanan Emzirme Gözlem Formuna (EGF) ilişkin bulgularının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. EGF’nin vücut pozisyonu bölümünü incelediğimizde; deney grubundaki kadınların 30’unun (%63,8) emzirme esnasında gevşek ve rahat olmasına rağmen, kontrol grubundaki kadınların 6’sı (%14,6) gevşek ve rahat olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 21,924$  P<0,001). Deney grubunda bebeğin vücutu yakın, memeye dönük olanlar 34 (%72,3), kontrol grubunda ise 7 (%17,1) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 26,879$  p<0,001). Deney grubunda bebeğin başı ve vücutu düz olanlar 35 (%74,5), kontrol grubunda ise 9 (%22,0) olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 24,158$  p<0,001). Deney grubunda bebeğin çenesi memeye değenler 40 (%85,1), kontrol grubunda 28 (%68,3) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 3,525$  p=0,060). Deney grubunda bebeğin alttan destekli olduğu 37 (%78,7), kontrol grubunda 28 (%68,3) bebek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 1,234$  p=0,267).

EGF’de bebeğin davranışı bölümünü incelediğimizde; acıkınca memeye uzanan bebek deney grubunda 43 (%91,5), kontrol grubunda 26 (%63,4) tane ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 10,195$  p=0,001).

Memeyi arayan bebek, deney grubunda 46 (%97,9), kontrol grubunda 35 (%85,4) tanedir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 4,678$   $p=0,031$ ). Diliyle memeyi keşfeden bebek deney grubunda 40 (%85,1), kontrol grubunda 29 (%70,7) bebek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 2,673$   $p=0,102$ ). Deney grubunda memede sakin ve uyanık olan bebek 40 (%85,1), kontrol grubunda 7 (%17,1) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 40,731$   $p<0,001$ ). Memeye yerleştirilmiş duran bebek deney grubunda 24 (%51,1), kontrol grubunda 9 (%22,0) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 7,919$   $p=0,005$ ). Süt salgılama bulgularının olması deney grubunda 44 (%93,6), kontrol grubunda 37 (%90,2) kadında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 0,340$   $p=0,560$ ).

EGF'nin duygusal bağlanma bölümündeki maddeler incelendiğinde; deney grubundaki kadınlardan 36 (%76,6)'sının, kontrol grubundaki kadınlardan ise 8'inin (%19,5) bebeğini emin ve güvenli şekilde tuttuğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2 = 28,542$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki kadınların 44 (%93,6)'ünün ve kontrol grubundakilerin 16 (%39,0)'sının bebeğe yüz yüze dikkatinin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2 = 30,083$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki kadınların 37 (%78,7), kontrol grubundaki kadınların ise 18'inin (%43,9) bebeğine çok dokunduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2 = 11,328$   $p=0,001$ ).

EGF'nin anatomi bölümü incelendiğinde; emzirmeden sonra yumuşak memeler olma durumu deney grubunda 42 (%89,4), kontrol grubunda 35 (%85,4) kadında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 0,320$   $p=0,572$ ). İleri uzanmış dik meme uçları olma durumu deney grubunda 41 (%87,2), kontrol grubunda 37 (%90,2) kadında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 0,197$   $p=0,657$ ). Sağlıklı görünen deri olma durumu deney grubunda 46 (%97,9), kontrol grubunda 29 (%70,7) kadında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 12,811$   $p<0,001$ ). Emzirme esnasında yuvarlak memeler olma durumu ise deney grubunda 23 (%48,9), kontrol grubunda 20

(%48,8) kadında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 0,001$  p=0,988).

EGF'nin emme bölümü ile ilgili olarak; bebekte geniş açık ağız olma durumu deney grubunda 43 (%91,5), kontrol grubunda 36 (%87,8) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 0,324$  p=0,569). Alt dudak dışı dönmüş olma durumu deney grubunda 37 (%78,7), kontrol grubunda 27 (%65,9) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 1,829$  p=0,176). Dil memenin etrafında kıvrılmış olma durumu deney grubunda 29 (%61,7), kontrol grubunda 31 (%75,6) olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 1,952$  p=0,162). Yanakların yuvarlak olma durumu deney grubunda 31 (%66,0), kontrol grubunda 26 (%63,4) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 0,062$  p=0,803). Ağızın üzerinde daha fazla aerola olma durumu deney grubunda 29 (%61,7), kontrol grubunda 32 (%78,0) bebekte olup, ( $\chi^2 = 2,751$  p=0,097). Yavaş, derin emmeler ve arada dinlenme deney grubunda 46 (%97,9), kontrol grubunda 15 (%36,6) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 38,673$  p<0,001). Yutkunma duyulabiliyor veya görülebiliyor maddesi deney grubunda 46 (%97,9), kontrol grubunda 21 (%51,2) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 26,232$  p<0,001).

EGF'nin emme için harcanan zaman bölümünü incelediğimizde ise, bebek memeyi bırakıyor maddesi deney grubunda 35 (%74,5), kontrol grubunda 22 (%53,7) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 4,156$  p=0,041).

Emme süresi; deney grubunda en az 13, en fazla 25 dakika ve ortalama olarak  $18,85 \pm 3,30$  dakika olmuş, kontrol grubunda ise emme süresi en az 5 en fazla 20 dakika ve ortalama olarak  $12,80 \pm 3,77$  dakika oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-6,162 p<0,001).

**Tablo 9. ETT Uygulamasý Sonrasý Bebeęe Ait Özelliklere İlişkin Bulguların Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Bebeğin Özellikleri	Gruplar				Toplam		İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		(N=88)		
	Min-Max	X±SD	Min-Max	X±SD	Min-Max	X±SD	
<b>Kan şekeri (mg/dl) Doğumda</b>	63-96	81,17±7,63	59-98	81,24±9,03	59,00-98,00	81,20±8,26	t=-0,041 p=0,967**
<b>Kan şekeri (mg/dl) DS 6.saatte</b>	68-88	77,68±4,21	56-86	71,46±7,89	56,00-88,00	74,78±6,91	t=-3,844 p<0,001**
<b>Vücut ısısı (°C) DS 20.dk.</b>	36,40-37,20	36,64±0,20	35,70-37,10	36,49±0,30	35,70-37,20	36,57±,26	t=-3,178 p=0,001**
<b>Vücut ısısı (°C) DS 2.saat</b>	36,50-37,10	36,72±0,13	36,30-37,00	36,57±0,13	36,30-37,10	36,65±,15	t=-5,544 p<0,001**
<b>Vücut ısısı (°C) DS 12.saat</b>	36,60-37,10	36,74±0,12	36,50-37,00	36,63±0,12	36,50-37,10	36,69±,13	t=-4,846 p<0,001**
<b>Vücut ısısı (°C) DS 24.saat</b>	36,60-37,20	36,78±0,12	36,00-36,90	36,67±0,15	36,00-37,20	36,73±,15	t=-3,571 p<0,001**
<b>Oksijen sat.(%) DS 5.dk.</b>	94-99	96,59±1,17	90-98	95,46±1,51	90-99	96,06±1,45	t=-3,556 p<0,001**
<b>Oksijen sat.(%) DS 15.dk</b>	96-100	99,29±0,77	95-100	98,19±0,95	95-100	98,78±1,02	t=-5,514 p<0,001
<b>Kalp tepe atımı (atım/dk) DS 5.dk</b>	125-188	153,63±14,43	132-185	156,92±13,90	125-188	155,1±14,20	t=-0,670 p=0,503**
<b>Kalp tepe atımı (atım/dk) DS 15.dk.</b>	132-169	145,38±6,82	132-176	150,17±11,21	132-176	147,61±9,39	t=-1,952 p=0,051**
<b>Bebek HCT (%)</b>	32-63	50,50±6,10	38,90-62,30	49,41±5,66	32,00-63,00	50,00±5,89	t=0,863 p=0,390**
<b>Bebek HGB (g/dL)</b>	13,50-22,20	18,05±1,93	13,80-22,30	17,59±1,90	13,50-22,30	17,84±1,92	t=1,135 p=0,260**
<b>Bebek PLT (10<sup>3</sup>/uL)</b>	52,00-346,0	217,95±71,47	114,0-354,0	239,65±61,18	52,00-354,0	228,06±67,38	t=-1,322 p=0,186**

\*Bağımsız T Testi

\*\*Mann Whitney U Testi

\*\*\*Ki-Kare Testi

ETT uygulaması sonrası bebeğe ait özelliklere ilişkin bulguların gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Deney grubunda bulunan bebeklerin, doğumdaki kan şekeri değeri ortalaması  $81,17 \pm 7,63$  mg/dl, kontrol grubunda ise  $81,24 \pm 9,03$  mg/dl olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,041$   $p=0,967$ ). Deney grubundaki bebeklerin 6.saatteki kan şekeri değerleri ortalaması  $77,68 \pm 4,21$  mg/dl ve kontrol grubundaki bebeklerinki ise  $71,46 \pm 7,89$  mg/dl olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,844$   $p<0,001$ ).

Deney grubundaki bebeklerin aksillar vücut ısısı ortalaması doğum sonu 20. Dk’da  $36,64 \pm 0,20$  °C, kontrol grubunda  $36,49 \pm 0,30$  °C olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,178$   $p=0,001$ ). Deney grubundaki bebeklerin 2. Saatteki aksillar vücut ısısı ortalaması  $36,72 \pm 0,13$  °C, kontrol grubunda ise  $36,57 \pm 0,13$  olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-5,544$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki bebeklerin 12. Saatteki aksillar vücut ısısı ortalaması  $36,74 \pm 0,12$  °C, kontrol grubundaki bebeklerin 12. Saatteki aksillar vücut ısısı ortalaması  $36,63 \pm 0,12$  °C olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-4,846$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki bebeklerin 24. Saatteki aksillar vücut ısısı ortalaması  $36,78 \pm 0,12$  °C ve kontrol grubundakilerin ise  $36,67 \pm 0,15$  °C olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,571$   $p<0,001$ ).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 5. dakikada oksijen saturasyonu ortalaması  $96,59 \pm 1,17$  ve kontrol grubundakilerin  $95,46 \pm 1,51$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,556$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 15. dakikada oksijen saturasyonu  $99,29 \pm 0,77$  iken kontrol grubunda  $98,19 \pm 0,95$  olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-5,514$   $p<0,001$ ).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 5. Dk’da kalp tepe atımı ortalaması  $153,63 \pm 14,43$ , kontrol grubundaki bebeklerin ise  $156,92 \pm 13,90$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,670$   $p=0,503$ ). Deney grubunda doğum sonu 15. dk kalp tepe atımı ortalaması  $145,38 \pm 6,82$  ve kontrol grubunda  $150,17 \pm 11,21$

olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-1,952$   $p=0,051$ ).

Bebeklerin doğumdan 6 saat sonra alınmış kanlarından, hemogram test sonuçları incelendiğinde, deney grubundaki bebeklerin HCT değeri ortalaması  $50,50\pm6,10$ , kontrol grubunda  $49,41\pm5,66$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=0,863$   $p=0,390$ ). Deney grubundaki bebeklerin HGB değeri ortalaması  $18,05\pm1,93$ , kontrol grubunda ise  $17,59\pm1,90$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=1,135$   $p=0,260$ ). Deney grubundaki bebeklerin PLT değeri ortalaması  $217,95\pm71,47$ , kontrol grubunda  $239,65\pm61,18$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-1,322$   $p=0,186$ ).

**Tablo 10. ETT Uygulaması Sonrası Bebeğin Ağlama Durumuna İlişkin Bulguların Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Bebeğin Özellikleri	Gruplar				Toplam		İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		(N=88)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Bebeğin Ağlama durumu 2.saat</b>							
Huzurlu, ağlamıyor	29	61,7	3	7,3	32	36,4	$\chi^2 =48,140$ $p<0,001^{***}$
Emmek için ağlıyor	18	38,3	12	29,3	30	34,1	
Çok ağlıyor	-	-	26	63,4	26	29,5	
<b>Bebeğin ağlama durumu 12.saat</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Huzurlu, ağlamıyor	23	48,9	2	4,9	25	28,4	$\chi^2 =23,490$ $p<0,001^{***}$
Emmek için ağlıyor	21	44,7	27	65,9	48	54,5	
Çok ağlıyor	3	6,4	12	29,3	15	17,0	
<b>Bebeğin ağlama durumu 24.saat</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Huzurlu, ağlamıyor	19	40,4	5	12,2	24	27,3	$\chi^2 =20,785$ $p<0,001^{***}$
Emmek için ağlıyor	26	55,3	19	46,3	45	51,1	
Çok ağlıyor	2	4,3	17	41,5	19	21,6	
<b>Bebeğin ağlama durumu 48.saat</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Huzurlu, ağlamıyor	23	48,9	6	14,6	29	33,0	$\chi^2 =21,035$ $p<0,001^{***}$
Emmek için ağlıyor	20	42,6	15	36,6	35	39,8	
Çok ağlıyor	4	8,5	20	48,8	24	27,3	
<b>TOPLAM</b>	47	100,0	41	100,0	88	100,0	

\*Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

ETT uygulaması sonrası bebeğin ağlama durumuna ilişkin bulguların gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 2. Saatteki durumu huzurlu, ağlamıyor 29 (%61,7), emmek için ağlıyor 18 (%38,3); kontrol grubunda ise huzurlu ağlamıyor 3 (%7,3), emmek için ağlıyor 12 (%29,3), çok ağlıyor 26 (%63,4) olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 48,140$   $p < 0,001$ ).

Doğum sonu 12. Saatte bebeğin ağlama durumu bakımından; deney grubundaki bebeklerin 23'ü (%48,9) huzurlu ağlamıyor, 21'i (%44,7) emmek için ağlıyor, 3 (%6,4)'ü çok ağlıyor; kontrol grubundaki bebeklerin ise 2'si (%4,9) huzurlu ağlamıyor, 27'si (%65,9) emmek için ağlıyor, 12'si (%29,3) çok ağlıyor olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 23,490$   $p < 0,001$ ).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 24. Saatteki ağlama durumuna bakıldığında 19'u (%40,4) huzurlu ağlamıyor, 26'sı (%55,3) emmek için ağlıyor, 2'si (%4,3) çok ağlıyor; kontrol grubunda 5'i (%12,2) huzurlu ağlamıyor, 19'u (%46,3) emmek için ağlıyor, 17'si (%41,5) çok ağlıyor olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 20,785$   $p < 0,001$ ).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 48. Saatteki ağlama durumu açısından ise huzurlu ağlamıyor 23 (%48,9), emmek için ağlıyor 20 (%42,6), çok ağlıyor 4 (%8,5) ve kontrol grubundaki bebeklerde ise huzurlu ağlamıyor 6 (%14,6), emmek için ağlıyor 15 (%36,6), çok ağlıyor 20 (%48,8) bebek görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 21,035$   $p < 0,001$ ).

**Tablo 11. Kadınların Emzirme Sorunları Yaşama Durumuna İlişkin Bulguların Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Emzirme sorunu yaşama durumu	Gruplar				İstatistiksel Analiz
	Deney (N=47)		Kontrol (N=41)		
	n	%	n	%	
Sorun Yaşayan**	8	17,0	11	26,8	$\chi^2 = 1,244$
Sorun Yaşamayan	39	83,0	30	73,2	$p=0,265^*$
<b>Toplam</b>	47	100,0	41	100,0	

\*Ki-Kare Testi kullanılmıştır. \*\*Meme ucu çatlağı görüldü.

Kadınların emzirme sorunları yaşama durumuna ilişkin bulguların gruplar arasında karşılaştırılması 11’de verilmiştir.

Deney grubundaki kadınlardan 8’inde (%17,0) ve kontrol grubundaki kadınlardan 11’inde (%26,8) meme ucu çatlağı meydana geldi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 1,244$   $p=0,265$ ).

Çalışmaya katılan kadınlardan hiç birinde, çalışma süresi içinde engojman veya süt retansiyonu gelişmemiştir.

**Tablo 12. Kadınların Kolostrum Gelme Zamanının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Özellik	Gruplar				İstatistiksel Analiz
	Deney (N=47)		Kontrol (N=41)		
	Min-max	X±SD	Min-max	X±SD	
<b>Kolostrum gelme zamanı (saat)</b>	0,25-1	0,45±0,20	1-12	4,58±2,99	<b>t=-8,157</b> <b>p&lt;0,001*</b>
<b>Kolostrum DS 15.dk</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Var	17	36,2	-	-	<b>x<sup>2</sup> =18,381</b>
Yok	30	63,8	41	100	<b>P&lt;0,001**</b>
<b>Kolostrum DS 30.dk</b>					
Var	43	91,5	-	-	<b>x<sup>2</sup> =73,354</b>
Yok	4	8,5	41	100	<b>P&lt;0,001**</b>
<b>Kolostrum DS 4.saat</b>					
Var	47	100	26	63,4	<b>x<sup>2</sup> =20,728</b>
Yok	-	-	15	36,6	<b>P&lt;0,001**</b>
<b>Kolostrum DS 6.saat</b>					
Var	47	100	37	90,2	<b>x<sup>2</sup> =4,804</b>
Yok	-	-	4	9,8	<b>P=0,028**</b>
<b>Kolostrum DS 12.saat</b>					
Var	47	100	41	100	<b>x<sup>2</sup> =</b>
Yok	-	-	-	-	<b>P=</b>
<b>Toplam</b>	47	100	41	100	

\*Mann Whitney U Testi

\*\*Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Kadınların Kolostrum Gelme Zamanının Gruplar Arasında Karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Kolostrum gelme zamanı deney grubunda ortalama  $0,45 \pm 0,20$  saat, kontrol grubunda ortalama  $4,58 \pm 2,99$  saat oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t = -8,157$   $p < 0,001$ ).

Kolostrumun olması durumunu incelediğimizde, doğum sonu 15. dakikada deney grubunda 17 (%36,2) kadında kolostrum gelmeye başlamışken, kontrol grubunda hiç bir kadında kolostrum gelişi olmadı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 18,381$   $p < 0,001$ ).

Doğum sonu 30.dk da deney grubunda 43 (%91,5) kadında kolostrum varken, kontrol grubunda hiç bir kadında kolostrum gelmedi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 73,354$   $p < 0,001$ ).

Deney grubundaki kadınların tamamında ( $n=47$  %100), doğum sonu 4. Saatte kolostrum varken, kontrol grubunda 26 (%63,4) kadında kolostrum vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 20,728$   $p < 0,001$ ).

Doğum sonu 6. Saatte deney grubundaki kadınların tamamında ( $n=47$ , %100) kolostrum varken, kontrol grubunda 37 (%90,2) kadında kolostrum vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 4,804$   $p = 0,028$ ).

Doğum sonu 12. Saatte ise deney grubundaki 47 kadının tamamında ve kontrol grubundaki 41 kadının da tamamında kolostrum görüldü ve tamamında görüldüğü için anlamlılık testi uygulanmadı.

### **6.3. ETT’nin Doğum Sonu Ağrı ve Kanama Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular**

Bu bölümde, ETT uygulamasının doğum sonu ağrı üzerine etkisini değerlendirmek için kullandığımız VAS’ın puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılmasını ve kanama üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla kullandığımız kadınların sezaryen öncesi ve sonrası alınan kan değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 13. Kadınların Vizuel Analog Skala (VAS) Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

VAS Puanları	Gruplar				İstatistiksel Analiz
	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		
	Min-max	X±SD	Min-max	X±SD	
D.sonu ilk ağrı	3-7	5,31±1,085	5-9	6,53±0,95	t=-4,734 p<0,001*
DS 2.saat	3-7	4,76±1,16	3-8	5,60±1,18	t=-3,192 p=0,001*
DS 12.saat	1-6	3,57±1,03	2-7	4,53±0,97	t=-4,098 p<0,01*
DS 24.saat	1-6	2,53±0,90	1-5	3,07±0,72	t=-3,479 p=0,001*

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Kadınların Vizuel Analog Skala (VAS) Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir.

Kadınların doğum sonu ilk ağrı tariflediği zamandaki ağrı puan ortalaması, deney grubunda 5,31±1,085, kontrol grubunda 6,53±0,95 oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-4,734 p<0,001). Doğum sonu 2. saat ağrı puan ortalamaları deney grubunda 4,76±1,16, kontrol grubunda 5,60±1,18 oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-3,192 p=0,001).

Doğum sonu 12.saat ağrı puan ortalaması deney grubunda 3,57±1,03 iken kontrol grubunda 4,53±0,97 oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-4,098 p<0,01). Doğum sonu 24.saat ağrı puan ortalaması ise deney grubunda 2,53±0,90, kontrol grubunda 3,07±0,72 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t=-3,479 p=0,001).

**Tablo 14. Kadınların Sezaryen Öncesi Kan Değerlerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Kan Değerleri	Deney Grubu (N=47)		Kontrol Grubu (N=41)		İstatistiksel Analiz
	Min-Max	X±SD	Min-Max	X±SD	
preHCT (%)	24,40-41,40	33,34±3,90	27,00-42,20	34,87±3,26	Z=-1,686 p=,092
preHGB (g/dL)	7,20-14,30	11,32±1,47	9,00-14,20	11,70±1,28	Z=-1,222 p=,222
prePLT (10 <sup>3</sup> /uL)	116,00-326,00	197,60±50,03	106,00-405,00	211,88±58,41	Z=-1,251 p=,211

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

HCT: Hematokrit, HGB: Hemoglobin, PLT: Platelet, Pre: Sezaryen öncesi, Post:Sezaryen sonrası

Kadınların sezaryen ameliyatı öncesinde alınmış kanları preHCT, preHGB, prePLT olarak olarak adlandırılmıştır. Deney grubundaki kadınların preHCT ortalamaları 33,34±3,90 ve kontrol grubundaki kadınların preHCT ortalamaları ise 34,87±3,26 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (z= -1,686 p=,092). Deney grubundaki kadınların preHGB ortalamaları 11,32±1,47 ve kontrol grubundakilerin 11,70±1,28 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (z= -1,222 p=,222). Deney grubundaki kadınların prePLT ortalamaları 197,60±50,03 ve kontrol grubundaki kadınların ise 211,88±58,41 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (z= -1,251 p=,211).

**Tablo 15. Kadınların Sezaryen Öncesi ve Sonrası Kan Değerleri Farkının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Pre-Post Farkı	Deney (N=47)		Kontrol (N=41)		İstatistiksel Analiz
	X±SD	Medyan	X±SD	Medyan	
Fark HCT	2,44±1,51	2,10	4,85±2,02	4,50	<b>p&lt;0,001*</b>
Fark HGB	0,72±0,48	0,60	1,51±0,70	1,40	<b>p&lt;0,001**</b>
Fark PLT	18,45±24,07	18,00	30,61±31,67	31,00	<b>p=0,044*</b>

\*Bağımsız T Testi

\*\*Mann Whitney U Testi

Tablo 15’te deney ve kontrol grupları arasında HCT, HGB ve PLT farkları karşılaştırılmıştır. Deney grubundaki HCT değerindeki azalma (2,44±1,51) kontrol grubuna göre (4,85±2,02) daha azdır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). HGB değerindeki azalma deney grubunda (0,72±0,48) kontrol grubuna göre (1,51±0,70) daha azdır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,001). Benzer şekilde deney grubundaki PLT değerindeki azalma (18,45±24,07) kontrol grubuna göre (30,61±31,67) daha az olup ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,044).

## 7. TARTIŞMA

Sezaryen doğum yapan kadınlarda, erken ten tene temasın, emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızda elde edilen veriler 3 başlık altında tartışılmıştır.

- Kadınların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması
- ETT Uygulaması ve Emzirmeye Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması
- ETT'nin Doğum Sonu Ağrı ve Kanama Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması

### 7.1. Kadınların Demografik, Obstetrik Özellikleri ve Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 1' de verilmiştir. Bu araştırmada elde edilen bulgular ile yapılan istatistiksel analizler sonucunda, deney ve kontrol gruplarında bulunan kadınların yaşı, eş yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi gibi demografik özellikler bakımından benzer olduğu ve grupların homojen olduğu sonucuna ulaşıldı ( $p>0,05$ )(Tablo 1).

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların yaş ortalaması  $29,68\pm 5,19$  yıl, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması  $28,82\pm 5,80$  yıl ve çalışmaya katılan tüm kadınların yaş ortalaması ise  $29,28\pm 5,47$  yıl bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=0,726$   $p=0,470$ ). Beiranvand ve ark., (2014) spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan kadınlarda ETT uygulaması yaptıkları randomize çalışmalarında; ETT grubuna 46, kontrol grubuna 44 kadın almışlar ve ETT grubundaki kadınların yaş ortalamasını  $27.66 \pm 9.32$ , kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasını ise  $27.28 \pm 6.88$  olarak bildirmişlerdir (Beiranvand ve ark., 2014).

Takahashi ve ark., (2011) yaptığı erken ten tene temas çalışmasında, çeşitli çalışma gruplarına ayrılmış olan kadınların yaş ortalamaları 28,1 yıl, 30,5 yıl, 29,1 yıl, 30,5 yıl olarak bulunmuştur (Takahashi ve ark., 2011). Takahashi ve Tamakoshi (2018) çalışmalarında, kadınların yaş ortalamasını  $28.7 \pm 5.2$  yıl (en düşük 18.0 yıl, en yüksek 39.0 yıl) olarak bildirmişlerdir (Takahashi ve Tamakoshi, 2018). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki kadınların 17 (%56.7), kontrol grubundaki kadınların ise 16'sının (%53.3) 25-29 yaş aralığında olduğunu belirtmiştir (Ataman, 2019). Bu bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $34,19 \pm 5,19$  yıl, kontrol grubundaki kadınların eşlerinin yaş ortalaması ise  $33,56 \pm 5,63$  yıl olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,680$   $p=0,496$ ). Mörelius ve ark., (2015) randomize kontrollü TT çalışmalarında; TT grubuna 18, rutin bakım grubuna 19 anne-bebek çiftini almışlar ve bu çalışmada babaların yaş ortalamasını TT grubu için 33,5 ve rutin bakım grubu için 34 olarak vermişlerdir (Mörelius ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda, ETT uygulanan kadınların eşlerinin yaş ortalamaları bizim sonuçlarımız ile benzerdir.

Deney grubundaki kadınların evlilik süresi ortalaması  $8,48 \pm 4,80$  yıl, kontrol grubundaki kadınların evlilik süresi ortalaması  $8,43 \pm 4,96$  yıl olarak tespit edildi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,017$   $p=0,987$ ). Bu çalışmadaki kadınlardan, deney grubundakilerin % 31,9'unun, kontrol grubundakilerin %19,5'unun çalıştığı görüldü ( $\chi^2:1,745$   $p:0,187$ ). Çalışmamızdaki kadınların çalışma durumu TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir. TNSA 2013 verilerine göre, evli kadınların % 62,8'i son 12 ayda çalışmamıştır (TNSA 2013). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubunda bulunan kadınların %56,7'sinin, kontrol grubunda bulunan kadınların ise %60'ının çalışmadığını ifade etmiştir (Ataman, 2019).

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların %36,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise % 36,6'sının ilköğretim mezunu olduğu bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2:5,082$   $p:0,406$ ). 2013 TNSA verilerine göre 25-29 yaş arasındaki kadınların %28,6'sının ilkokul, %14,6'sının ortaokul mezunu olduğu görülmüştür (TNSA,2013). Çalışmada elde edilen eğitim durumu bulgusunun TNSA 2013 verileri ve benzer çalışmalar ile yakın olduğu görüldü.

Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki kadınların 4 (%13,3), kontrol grubundaki kadınların 9'unun (%30.0) lise mezunu olduğunu; deney grubunda 24 (%80), kontrol grubunda 20 (%66.7) kadının lisans mezunu olduğunu; deney grubunda 2 (%6.7) ve kontrol grubunda 1 (%3.3) kadının lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğunu bildirmiştir (Ataman, 2019). Ataman'ın çalışması KKTC'de yapılmış ve kadınların eğitim seviyesi bizim çalışmamıza katılan kadınlardan yüksek bulunmuştur.

Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. Bu çalışmada; deney grubunda bulunan kadınların gravida ortalaması  $2,91 \pm 1,67$ , kontrol grubunda bulunan kadınların gravida ortalaması ise  $2,73 \pm 1,32$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=0.298$   $p=0,766$ ). Çalışma sonuçlarımız benzer çalışmalar ile yakındır. Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki kadınlardan gebelik sayısı 1 olanları 12 (%40.0), gebelik sayısı 2 olanları 10 (%33.3) ve gebelik sayısı 3 ve üzeri olanları 8 (%26.6) kadın olarak; kontrol grubundaki kadınlardan ise gebelik sayısı 1 olanları 15 (%50.0), gebelik sayısı 2 olanları 11 (%36,7) ve gebelik sayısı 3 ve üzeri olanları ise 4 (%13,3) olarak bildirmiştir (Ataman, 2019). Çalışma sonuçlarımız yakındır.

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların parite ortalaması  $2,48 \pm 1,28$ , kontrol grubundaki kadınların parite ortalaması  $2,53 \pm 1,14$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,360$   $p=0,719$ ). Çalışmamıza katılan kadınların parite ortalaması, benzer çalışmalarla yakınlık göstermektedir (Tablo 2). Şimşek ve Karahan (2017), doğumda anne-bebek ten teması uyguladıkları çalışmalarında deney grubundaki kadınların parite ortalaması 2,1 ve kontrol grubundaki kadınların parite ortalaması 1,8 bulunmuştur (Şimşek ve Karahan, 2017).

Deney grubundaki kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $2,46 \pm 1,28$ , kontrol grubundaki kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması ise  $2,53 \pm 1,14$  olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,458$   $p=0,647$ ). Şimşek ve Karahan (2017), çalışmalarında ETT grubundaki kadınların yaşayan çocuk ortalamasını 2.1 ve kontrol grubundaki kadınların yaşayan çocuk ortalamasını 1.8 olarak bildirmişlerdir (Şimşek ve Karahan, 2017). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki kadınlardan yaşayan çocuk sayısı 1 olanları 16 (%53,3), 2 olanları 12 (%40) ve 3 olanları 2 (%6.7) olarak; kontrol grubundaki

kadınlardan ise yaşayan çocuk sayısı 1 olanları 18 (%60.0), 2 olanları 10 (%33.3) ve 3 olanları da 2 (%6.7) olarak bildirmiştir (Ataman, 2019). Çalışma sonuçlarımız benzer çalışmaların sonuçları ile yakındır (Tablo 2).

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların doğumda gebelik haftası ortalaması  $38,80 \pm 1,03$ , kontrol grubundaki kadınların doğumda gebelik haftası ortalaması ise  $38,87 \pm 1,12$  ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $t=-0,533$   $p=0,594$ ). Aghdas ve ark., (2014) anne ve bebek arasında derhal ve sürekli uygulanan ten tene temas uygulamasının emzirme öz-yeterliliği üzerine etkisini araştırdıkları randomize kontrollü deneysel çalışmalarında, 47 tane ETT grubunda, 45 tane kontrol grubunda olmak üzere 92 anne-bebek çiftini çalışmaya dahil etmişler; ETT grubunda gebelik haftası ortalaması 38,29 ve kontrol grubunda gebelik haftası ortalaması 38,39 olarak bulunmuştur (Aghdas ve ark., 2014). Takahashi ve Tamakoshi, (2018) çalışmalarında, ortalama gebelik yaşını  $39.8 \pm 1.1$  hafta (en az 37.0 hafta, en fazla 41.7 hafta) olarak bildirmişlerdir (Takahashi ve Tamakoshi, 2018). Bu bulgular, çalışmamızdaki bulgular ile benzerlik göstermektedir (Tablo 2).

Gebelikte emzirme eğitimi alma açısından, deney grubundaki kadınların %57,4'ü emzirme eğitimi almış, %42,6'sı emzirme eğitimi almamış; kontrol grubundaki kadınların %43,9'u emzirme eğitimi almış ve %56,1'i emzirme eğitimi almamış olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 1,608$   $p=0,205$ ). Sarper (2015) çalışmasında, benzer şekilde deney grubundaki kadınlardan gebelikte eğitim almış olanları %29,4 ve kontrol grubundakilerden gebelikte eğitim almış olanları ise %41,2 olarak tespit etmiştir (Sarper, 2015). Çalışma sonuçlarımız benzer çalışmalar ile yakındır (Tablo 2).

Daha önce emzirme durumu bakımından: deney grubundaki kadınlardan %19,1'inin ilk doğumu olduğu, %80,9'unun daha önce emzirdiği; kontrol grubunda ise %17,1'inin ilk doğumu olduğu, %80,5'inin daha önce emzirdiği ve %2,4'ünün emzirmediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $\chi^2 = 1,199$   $P=0,549$ ). Sarper (2015) ETT uyguladığı çalışmasında, deney grubunda bulunan kadınlardan %58,8'inin, kontrol grubundakilerden ise %65,7'sinin daha önce emzirmediğini bildirmiştir (Sarper, 2015). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki annelerin %56,7'sinin ve kontrol grubundaki annelerin %63,3'ünün daha

önce emzirmemiş olduğunu belirtmiştir (Ataman, 2019). Sonuçlarımız benzer çalışmalar ile yakınlık göstermiştir (Tablo 2).

Bebeklerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Deney grubundaki bebeklerin ortalama ağırlığı  $3415 \pm 503,4$  gr, kontrol grubundaki bebeklerin ise  $3387 \pm 508,6$  gr bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=0,265$   $p=0,792$ ). Aghdas ve ark., (2014) yaptığı çalışmada deney grubundaki bebeklerin ortalama ağırlığı  $3121,73$  gr kontrol grubundaki bebeklerinkini ise  $3237,55$  gr bulunmuştur (Aghdas ve ark., 2014). Vilinsky ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise kontrol grubundaki bebeklerin ağırlığı ortalama  $3,65$  kg, deney grubundaki bebeklerin ağırlığı ise ortalama  $3,82$  kg olarak bulunmuştur (Vilinsky ve ark., 2016). Beiranvand ve ark., (2014), ETT grubundaki bebeklerin ağırlıklarının ortalamasını  $3240 \pm 287.8$  gr. kontrol grubundaki bebeklerin ağırlık ortalamasını  $3220 \pm 339.9$  gr. olarak ifade etmişlerdir (Beiranvand ve ark., 2014). Takahashi ve Tamakoshi, (2018) çalışmalarında, bebeklerin doğumdaki ortalama ağırlığı  $3104.6 \pm 371.5$  g (en az  $2276.0$  ve en fazla  $4098.0$  g) olarak ölçülmüştür (Takahashi ve Tamakoshi, 2018). Çalışmamızdaki bebeklerin ortalama ağırlığı, benzer çalışmalardaki bebeklerin ortalama ağırlığı ile benzer bulundu (Tablo 3).

Bu çalışmada, deney grubundaki bebeklerin boy ortalaması  $50,07 \pm 2,24$  cm, kontrol grubundaki bebeklerin boy ortalaması  $50,41 \pm 2,14$  cm olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $t=-0,934$   $p=0,350$ ). Beiranvand ve ark., (2014), çalışmalarında ETT grubundaki bebeklerin boy ortalamasını  $49.8 \pm 3.52$  cm ve kontrol grubundaki bebeklerin boy ortalamasını ise  $49.8 \pm 3.10$  cm olarak vermişlerdir (Beiranvand ve ark., 2014). Sonuçlarımız yakındır (Tablo 3).

Deney grubundaki bebeklerin baş çevresi ortalaması  $34,67 \pm 1,58$  cm, kontrol grubundaki bebeklerin baş çevresi ortalaması ise  $34,51 \pm 1,74$  cm olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,406$   $p=0,685$ ). Beiranvand ve ark., (2014) çalışmalarında, ETT grubundaki bebeklerin baş çevresi ortalaması  $35.5 \pm 1.03$  cm, kontrol grubundaki bebeklerinki ise  $35.7 \pm 1.12$  cm ölçülmüştür (Beiranvand ve ark., 2014). Sonuçlarımız Beiranvand ve ark., çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 3).

Bu çalışmada, deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 1. dk apgar skoru ortalaması  $8,93 \pm 0,247$ , kontrol grubundakilerin ise  $8,78 \pm 0,524$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $t = -1,611$   $p = 0,107$ ). Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 5. dk apgar skoru ortalaması  $9,91 \pm 0,282$  ve kontrol grubundakilerin  $9,87 \pm 0,331$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t = -0,566$   $p = 0,572$ ). Karahan ve Şimşek (2017) çalışmalarında deney grubundaki bebeklerin 1. Dk apgar skoru ortalaması 9,12, kontrol grubundaki bebeklerin ise 8,96; deney grubundaki bebeklerin 5. Dk apgar skoru ortalaması 9,98 ve kontrol grubundaki bebeklerin ise 9,92 olarak bulunmuştur (Karahan ve Şimşek, 2017). Beiranvand ve ark., (2014) ETT grubundaki bebeklerin doğum sonu 1.dk apgar skorları ortalamalarını  $9 \pm 0$ , kontrol grubundakileri  $9 \pm 0$ ; ETT grubundaki bebeklerin doğum sonu 5.dk apgar skorları ortalamalarını  $10 \pm 0$ , kontrol grubundakilerininkini de  $10 \pm 0$  olarak bildirmişlerdir (Beiranvand ve ark., 2014). Takahashi ve Tamakoshi (2018) çalışmalarında, doğum sonu 1. Dk ortalama apgar skorunu  $9,0 \pm 0,5$  (aralık: 7,0-10 dakika) ve doğum sonu 5. Dk ortalama apgar skorunu ise  $9,4 \pm 0,5$  (aralık: 9-10 dakika) olarak belirtmiştir (Takahashi ve Tamakoshi, 2018). Çalışmamızdaki bebeklerin apgar skoru ortalamaları benzer çalışmalar ile yakınlık göstermektedir (Tablo 3).

Deney grubundaki bebeklerin 26 (%55,3)'sı kız, 21 (%44,7)'i erkek, kontrol grubundakilerin ise 24'ü (58,5) kız, 17'si (%41,59) erkek ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $\chi^2 = 0,092$   $p = 0,761$ ). Beiranvand ve ark., (2014) çalışmalarında ETT grubundaki bebeklerin 23'ü (50%)'ü kız, 23'ü (50%) erkek; kontrol grubundaki bebeklerin ise 26'sı (59.1%) kız, 18'i (40.9%) erkektir (Beiranvand ve ark., 2014). Çalışmada sonuçlarımız benzer çalışmalara yakın bulundu (Tablo 3).

## 7.2. ETT Uygulaması ve Emzirmeye Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması

Gruplardaki kadınların ETT uygulamasına ilişkin bulgularının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir. Bu çalışmada, deney grubunda ETT'ye başlama zamanı ortalaması  $5,0 \pm 0,80$  dk. olarak bulundu. Kontrol grubuna ETT uygulaması yapılmadı. Takahashi ve Tamakoshi (2018) çalışmalarında, ETT uygulamasının ortalama başlangıç dakikasını  $1.6 \pm 1.1$  dakika (en erken 0.0, en geç 5.0 dakika) olarak vermişlerdir (Takahashi ve Tamakoshi, 2018). Çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermemiştir ve bu durumun bebeğin kimliklendirilmesi için harcanan zamandan kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4).

Deney grubunda toplam ETT süresi ortalaması ise  $67,34 \pm 13,20$  dk. olarak bulundu. Kontrol grubuna ETT uygulaması yapılmadı. Takahashi ve Tamakoshi (2018) çalışmalarında, ETT uygulamasının ortalama süresini  $59.6 \pm 13.6$  dakika (en az 11.0, en fazla 97.0 dakika) olarak bizim çalışmamızla benzer şekilde bulmuşlardır (Takahashi ve Tamakoshi, 2018).

Bebeğin ilk emdiği dakika, deney grubunda ortalama  $8,04 \pm 1,10$  dk iken, kontrol grubunda ortalama  $94,78 \pm 14,28$  dk olarak gerçekleşti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-8,132$   $p<0,001$ ). Aghdas ve ark., (2014) çalışmalarında, ETT uygulanan grupta ilk emzirmeye başlama zamanı ortalama 21,98 dk ve rutin bakım verilen grupta 66,55 dk olarak bulunmuş, aralarında anlamlı fark olduğu görülmüştür (Aghdas ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda, Aghdas ve ark., çalışmasına göre kontrol grubunda emzirmeye daha geç başlanmasının sebebi, sezaryen ameliyatı sonrasında hastane prosedürlerimizin fazla olması ve kadın odaya alınıp ilk takibi ve tedavisi yapılmadan emzirmenin başlatılmaması olabileceği düşünülmüştür (Tablo 4).

Bu çalışmada, ilk emzirme süresi deney grubunda ortalama  $7,82 \pm 2,49$  dk, kontrol grubunda  $5,60 \pm 1,90$  dk olarak gerçekleşti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-4,765$   $p<0,001$ ). Essa ve İsmail (2015), çalışmalarında ilk emzirme süresini deney grubunda  $20.06 \pm 2.084$  dk, kontrol grubunda  $6.36 \pm 1.306$  dk. olarak bildirmişlerdir ( $p<0.01$ ) (Essa ve İsmail, 2015). Essa ve İsmail'in

çalışmasında, kontrol grubunun ilk emzirme süresi çalışmamıza benzemesine rağmen, deney grubunda ilk emzirme süresi bizim çalışmamızdan fazla bulunmuştur. Ancak ilk emzirme süresinin deney grubunda kontrol grubundan uzun sürmesi ve gruplar arasında anlamlı fark olması bakımından çalışma sonuçlarımız benzemektedir.

Bebeğin ilk emme şekli deney grubunda 20 (%42,6) yardımla, 27 (%57,4) kendiliğinden; kontrol grubunda ise bebeğin ilk emme şekli 31 (%75,6) yardımla, 10 (%24,4) kendiliğinden olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 9,820$   $p=0,002$ ). Essa ve İsmail (2015), çalışmalarında bebeğin memeyi kendiliğinden tutması; deney grubunda 47 (%94,0), kontrol grubunda ise 20 (%40) bebekte görülmüştür (Essa ve İsmail, 2015). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki bebeklerden 16 (%53,3)'sının ve kontrol grubundaki bebeklerden de 28 (%93,3)'inin yardımla emdiğini belirtmiştir (Ataman, 2019). Çalışma sonuçlarımız benzer çalışmalar ile yakındır (Tablo 4).

Çalışmamızdaki kadınların IBFAT puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. IBFAT puan ortalamaları açısından incelediğimizde; deney grubundaki kadınların ilk kendi emzirmesinde IBFAT puan ortalamaları  $8,68 \pm 1,56$ , kontrol grubundaki kadınların puan ortalamaları ise  $5,29 \pm 1,50$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-6,854$   $p<0,001$ ). Essa ve İsmail (2015), deney grubuna 50, kontrol grubuna 50 anne-bebek çiftini aldıkları randomize kontrollü deneysel ETT çalışmalarında, çalışmaya katılan kadınların IBFAT puanlarına göre başarılı emzirme durumunu değerlendirmiş ve deney grubunda başarılı emzirme oranı %94, kontrol grubunda %56 olarak bulunmuştur ( $p<0,01$ ) (Essa ve İsmail, 2015). Essa ve İsmail'in çalışma sonuçları deney grubundaki başarılı emzirme oranının kontrol grubundan yüksek olması bakımından çalışmamıza benzerdir. Bu çalışmada, 24. saatteki emzirmede IBFAT puan ortalamaları deney grubu için  $9,38 \pm 1,17$  ve kontrol grubu için  $6,07 \pm 1,17$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-7,541$   $p<0,001$ ). Carfoot ve ark., (2005) ten tene temasın emzirme üzerine etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında, değiştirilmiş IBFAT'ı kullanmışlar ve 8-12 arası puan alanları emzirmede başarılı olarak değerlendirmişlerdir. ETT grubunda bulunanlardan doğum sonu ilk emzirmede 89'u (%91) başarılı olurken, kontrol grubunda

bulunanlardan 82'si (%83) başarılı olmuştur ve bu farkın anlamlılığa doğru eğim gösterdiği belirtilmiştir ( $p=0,10$ ) (Carfoot ve ark., 2005). Sarper (2015) çalışmasında, ETT uygulanan grubun ilk emzirmede IBFAT puanı ortalamasını 10,7 ve kontrol grubununkini 9,8 olarak bildirmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ifade etmiştir ( $p>0,05$ ) (Sarper, 2015).

Essa ve İsmail (2015), çalışmaya katılan kadınların taburcu edilmeden önceki emzirme başarılarını IBFAT ile değerlendirmiş; deney grubunda başarılı emzirme %100, kontrol grubunda %70 olarak bulunmuştur (Essa ve İsmail, 2015). Sarper (2015) çalışmasında, doğum sonu 24. Saatteki IBFAT puanı ortalamasını deney grubu için 10,4 ve kontrol grubu için 9,3 olarak ifade etmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir ( $p>0,05$ ) (Sarper, 2015). Srivastava ve ark., (2014) çok erken ten tene temasın emzirme başarısında ve yenidoğanlarda erken hipoterminin önlenmesinde etkisini araştırdıkları çalışmalarında, değiştirilmiş IBFAT'ı doğum sonu ilk 24 saat içinde uygulamışlar ve deney grubunda IBFAT skorunun ortalama 9.55 ve kontrol grubunda ise ortalama 6.77 ( $p<0.0001$ ) olduğunu ve deney grubunun IBFAT skoru ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. ETT'nin daha iyi emmeyi desteklediği sonucunu çıkarmışlardır (Srivastava ve ark., 2014). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 5). Yapılan pek çok TT ve ETT çalışmalarında emzirme özyeterliliği, emzirme başarısı gibi özellikler değerlendirilmiş ve TT veya ETT uygulanan gruplarda kadınların ve bebeklerin olumlu yönde etkilendikleri görülmüştür (Moore ve ark., 2016; Moore ve ark., 2012; Takahashi ve ark., 2011; Velandia ve ark., 2012). Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların 48.saatte IBFAT puan ortalaması  $10,04\pm 1,25$  iken, kontrol grubunda  $6,43\pm 1,43$  olarak bulunurken, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-7,422$   $p<0,001$ ). Bu sonuçlar bize ETT uygulanan deney grubundaki kadınların emzirme yeterliliğinin arttığını göstermiş olup ( $p<0,05$ ), ***H1:Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temasın emzirme yeterliliğini artırır, hipotezini doğrulamaktadır.***

Bebeğin, kadının ilk kendi emzirmesindeki emme süresi ortalaması deney grubunda  $13,46\pm 2,95$  dk iken, kontrol grubunda  $8,48\pm 2,87$  dk ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-6147$   $p<0,001$ ). Bebeğin 24. saatteki emzirmede emme süresi, deney grubunda  $18,85\pm 3,30$  dk, kontrol grubunda ise

12,80±3,77 dk olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=6,162$   $p<0,001$ ). Sarper (2015), erken ten tene temasın emzirme yeterliliğini değerlendirdiği çalışmasında, deney grubuna 17 ve kontrol grubuna 35 anne-bebek çiftini dahil etmiş; annenin ilk emzirmesinde bebeğin etkili emme süresi ortalamasını deney grubu için 15 dk (en az:5, en fazla:30 dk), kontrol grubu için 15 dk (en az:1, en fazla:26 dk) olarak bildirmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ( $p>0,05$ ) ifade etmiştir (Sarper, 2015). ETT'nin emzirme başarısını ve süresini olumlu yönde etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (Takahashi ve ark., 2011; Stevens ve ark., 2016). Çalışma sonuçlarımız literatürde yapılmış benzer çalışmalar ile benzerlik göstermiştir (Tablo 6).

Gruplardaki kadınların doğum sonu ilk kendi emzirmelerinde uygulanan Emzirme Gözlem Formuna (EGF) ilişkin bulgularının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 7'de verilmiştir. EGF'nin vücut pozisyonu bölümü incelendiğinde; deney grubundaki kadınların 30'unun (%63,8), kontrol grubundaki kadınların 7'sinin (%17,1) emzirme esnasında gevşek, rahat olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $\chi^2=19,646$   $p<0,001$ ). Deney grubunda bebeğin vücudu yakın, memeye dönük olanlar 37 (%78,7), kontrol grubunda ise 17 (%41,5) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=12,823$   $p<0,001$ ). Deney grubunda bebeğin başı ve vücudu düz olanlar 14 (%29,8), kontrol grubunda ise 1 (%2,4) olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=11,583$   $p=0,001$ ). Deney grubunda bebeğin çenesi memeye değenler 38 (%80,9), kontrol grubunda 26 (%63,4) tane olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=3,357$   $p=0,067$ ). Bu özellikler, etkili emzirmenin belirtileri olup, ETT çalışmalarında, ETT uygulaması yapılan gruplarda bulunan annelerin daha etkili ve daha uzun süre emzirdiği görülmüştür (Charpak ve ark., 2017; Singh ve ark., 2017).

EGF'nin emme için harcanan zaman bölümünü incelediğimizde ise, bebek memeyi bırakıyor maddesi deney grubunda 17 (%36,2), kontrol grubunda 3 (%7,3) bebekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=10,38$   $p=0,001$ ). Essa ve İsmail (2015), çalışmalarında ilk emzirmeyi bebeğin kendiliğinden sonlandırması deney grubunda 44 (%88.0), kontrol grubunda 21 (%42.0) bebekte görülmüştür (Essa ve İsmail, 2015). Bizim çalışmamızda da deney grubundaki

bebeklerden ilk emzirmeyi kendiliğinden sonlandıran bebek sayısı kontrol grubundan fazladır ve sonuçlarımız benzerdir (Tablo 7).

Memeyi arayan bebek, deney grubunda %97,9, kontrol grubunda %85,4 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 4,678$   $p=0,031$ ). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki bebeklerin %46,7'sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %6,7'sinin kendiliğinden arayarak meme ucunu bulduğunu belirtmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ifade etmiştir (Ataman, 2019). Çalışmamız benzerlik göstermektedir.

ETT uygulaması sonrası bebeğe ait özelliklere ilişkin bulguların gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir. Deney grubunda bulunan bebeklerin, doğumdaki kan şekeri değeri ortalaması  $81,17 \pm 7,63$  mg/dl, kontrol grubunda ise  $81,24 \pm 9,03$  mg/dl olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-0,041$   $p^2=0,967$ ). Deney grubundaki bebeklerin 6.saatteki kan şekeri değerleri ortalaması  $77,68 \pm 4,21$  mg/dl ve kontrol grubundaki bebeklerinki ise  $71,46 \pm 7,89$  mg/dl olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,844$   $p<0,001$ ). Takahashi ve Tamakoshi, (2018) sağlıklı, term ve vajinal doğumla doğmuş bebeklere ETT uygulayarak, ETT süresinin doğum sonu 2. Saatteki kan şekeri düzeyine etkisini inceledikleri gözlem çalışmalarında, doğum sonu 2. Saatte ölçülen bebek kan glukoz düzeyi  $53.1 \pm 9.5$  (en düşük: 30.0, en yüksek 80.0 mg / dL) mg / dL olarak belirtilmiştir (Takahashi ve Tamakoshi, 2018). Moore ve ark., (2016), ETT uygulanan çalışmaları incelemişler; çalışmalarda ETT uygulanan gruplardaki bebeklerin kan şekeri değerleri 6. saatte kontrol gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (Moore ve ark., 2016; Stevens ve ark., 2014). Çalışma sonuçlarımız benzer çalışmalar ile yakınlık göstermiştir (Tablo 9).

Bebeklerin aksillar vücut ısısı ortalaması, deney grubunda doğum sonu 20. dk'da  $36,64 \pm 0,20$  °C, kontrol grubunda  $36,49 \pm 0,30$  °C ve deney grubunda doğum sonu 2. saatte  $36,72 \pm 0,13$  °C, kontrol grubunda  $36,57 \pm 0,13$  olarak bulunmuş; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla  $t=-3,178$   $p=0,001$  ve  $t=-5,544$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 12. ve 24. Saatlerde ölçülen aksillar vücut ısısı ortalamaları kontrol grubundan yüksek ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla  $t=-4,846$   $p<0,001$ ,  $t=-3,571$

$p < 0,001$ ). Carfoot ve ark., (2005) çalışmalarında, bebeklerin doğum sonu 1. Saatte ölçülen vücut ısıları ortalamalarını deney grubu için  $36,9 \pm 0,45$  °C ve kontrol grubu için  $36,7 \pm 0,43$  °C ( $p = 0,02$ ) olarak bildirmişlerdir (Carfoot ve ark., 2005). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 4. saatte ölçülen vücut ısısı ortalamasını  $36,76 \pm 0,22$ , kontrol grubundaki bebeklerinkini ise ortalama  $36,69 \pm 0,26$  olarak bulmuştur (Ataman, 2019). Nimbalkar ve ark., (2014) 34-40 hafta arası gestasyonel yaşı olan ve 1800 gr yada üzerinde doğum ağırlığı olan bebeklerle randomize deneysel ten tene temas çalışması yapmışlardır. Bu çalışmada deney ve kontrol grubuna 50'şer bebek alınmış, vücut ısılarına ve kalp atımına doğum sonu ilk 48 saat içerisinde 10'ar kez bakılmış ve ten tene temas uygulanan gruptaki bebeklerin vücut ısısının ortalamasını her ölçümde kontrol grubundan yüksek bulmuşlardır ( $p < 0,05$ ) (Nimbalkar ve ark., 2014). Moore ve ark., (2016), yapılmış erken ten tene temas çalışmalarını incelemişler, çalışmalarda ETT uygulaması yapılan gruplarda bebeklerin aksillar vücut ısısı değerlerinin kontrol gruplarından anlamlı derecede yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir (Moore ve ark., 2016). Çalışma sonuçlarımız benzer çalışmalarla yakındır (Tablo 9).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 5. dakikada oksijen saturasyonu ortalaması %  $96,59 \pm 1,17$  ve kontrol grubundakilerin %  $95,46 \pm 1,51$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t = -3,556$   $p < 0,001$ ). Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 15. dakikada oksijen saturasyonu %  $99,29 \pm 0,77$  iken kontrol grubunda %  $98,19 \pm 0,95$  olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t = -5,514$   $p < 0,001$ ). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 4. Saatte ölçülen oksijen saturasyonlarının ortalamasını %  $98,13 \pm 1,01$ , kontrol grubundaki bebeklerde ise ortalamasını %  $97,7 \pm 1,29$  şeklinde bildirmiştir (Ataman, 2019). Moore ve ark., (2016) ETT uygulanan çalışmaları incelemiş, bebeklerin oksijen saturasyon değerlerine pek çok çalışmada bakılmış ve ETT uygulaması yapılmış olan gruptaki bebeklerde oksijen saturasyonu değerlerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür (Moore ve ark, 2016). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 9).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 5. Dk'da kalp tepe atımı ortalaması  $153,63 \pm 14,43$  atım/dk, kontrol grubundaki bebeklerin ise  $156,92 \pm 13,90$  atım/dk olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t = -0,670$   $p = 0,503$ ). Deney

grubunda doğum sonu 15. dk kalp tepe atımı ortalaması  $145,38 \pm 6,82$  atım/dk ve kontrol grubunda  $150,17 \pm 11,21$  atım/dk olarak ölçüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $t=-1,952$   $p=0,051$ ). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki bebeklerin kalp atım hızı ortalamasını  $136,27 \pm 8,62$  atım/dk, kontrol grubundaki bebeklerin kalp atım hızı ortalamasını ise  $138,67 \pm 8,7$  atım/dk olarak bildirmiş ve iki gruptaki bebeklerin kalp atım hızı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını ifade etmiştir (Ataman, 2019). Verilen sonuç bizim çalışmamız ile benzerdir (Tablo 9).

ETT uygulaması sonrası bebeğin ağlama durumuna ilişkin bulguların gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 2. Saatteki durumu huzurlu, ağlamıyor 29 (%61,7), emmek için ağlıyor 18 (%38,3); kontrol grubunda ise huzurlu ağlamıyor 3 (%7,3), emmek için ağlıyor 12 (%29,3), çok ağlıyor 26 (%63,4) olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =48,140$   $p<0,001$ ). ETT uygulaması yapılan çalışmalar incelendiğinde, ETT uygulaması yapılan gruptaki bebeklerin doğum sonu dönemde daha az ağladığı görülmektedir (Moore ve ark., 2012; Moore ve ark. 2016; Çetinkaya ve Ertem, 2017). Doğum sonu 12. Saatte bebeğin ağlama durumu bakımından; deney grubundaki bebeklerin %6,4'ü çok ağlıyor, kontrol grubundaki bebeklerin ise %29,3'ü çok ağlıyor olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =23,490$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 24. Saatteki ağlama durumuna bakıldığında %40,4'ü huzurlu ağlamıyor, %55,3'ü emmek için ağlıyor; kontrol grubunda %12,2'si huzurlu ağlamıyor, %46,3'ü emmek için ağlıyor olarak görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =20,785$   $p<0,001$ ). Sarper (2015) ETT uygulaması yaptığı çalışmasında, anneye göre ilk 24 saat içinde bebeğin çok sık ağlama durumunu sorgulamış ve ETT uygulanan gruptaki bebeklerin %5,9'unun, rutin bakım uygulanan gruptaki bebeklerin ise %37,1'inin anneye göre ilk 24 saat içinde çok sık ağladığını bildirmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu ( $p<0,05$ ) ifade etmiştir (Sarper, 2015).

Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 48. Saatteki ağlama durumu açısından ise huzurlu ağlamıyor %48,9, emmek için ağlıyor %42,6 ve kontrol grubundaki bebeklerde ise huzurlu ağlamıyor %14,6, emmek için ağlıyor %36,6

bebek görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 = 21,035$   $p < 0,001$ ). TT ve ETT çalışmalarında, ETT grubundaki bebeklerin daha az ağladıkları bildirilmiştir. Annesiyle ETT uygulanan bebekler daha huzurlu olmuş ve daha az ağlamışlardır (Phillips, 2013; Çetinkaya ve Ertem, 2017). Ataman (2019) çalışmasında, deney grubundaki bebeklerden %96,7'sinin ve kontrol grubundaki bebeklerden ise %73,3'ünün beslendikten sonra hemen uyduğunu bildirmiştir (Ataman, 2019). Sonuçlarımız literatürde yapılmış benzer çalışmalar ile yakınlık göstermektedir (Tablo 10).

Kadınların emzirme sorunları yaşama durumuna ilişkin bulguların gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 11'de verilmiştir. Deney grubundaki kadınlardan 8'inde (%17,0) ve kontrol grubundaki kadınlardan 11'inde (%26,8) meme ucu çatlağı meydana geldi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 1,244$   $P = 0,265$ ). Çalışmaya katılan kadınlardan hiç birinde, çalışma süresi içinde engojman veya süt retansiyonu gelişmemiştir.

Çalışmaya katılmış olan tüm kadınlara; emzirme danışman hemşiresi, araştırmacı ve sezaryen doğumun gerçekleştiği saatte nöbetçi olan bebek hemşiresi ile kadın doğum servis hemşiresi/ebesi tarafından emzirme eğitimi ve desteği sağlanmıştır.

Yapılan literatür incelemesinde, hem erken ten tene temas uygulaması yapıp hem de meme ucu çatlağını değerlendiren bir çalışma görülmemekle birlikte, çalışmalarda ETT gruplarındaki annelerin emzirme sorunu yaşamadıkları bildirilmiş, örneklem kriterlerinde de özellikle çökük ya da düz meme başı olan annelerin çalışmaya dahil edilmediği görülmüştür (Phillips, 2013; Moore ve ark., 2012).

Kadınların Kolostrum Gelme Zamanının Gruplar Arasında Karşılaştırılması Tablo 12'de verilmiştir. Kolostrum gelme zamanı deney grubunda ortalama  $0,45 \pm 0,20$  saat, kontrol grubunda ortalama  $4,58 \pm 2,99$  saat oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t = -8,157$   $p < 0,001$ ). Yapılan ten tene temas çalışmalarında, kolostrumun; anne bebek ten teması, meme başı uyarısı ve emzirmeye erken başlaması gibi sebeplerle erken gelmeye başladığı bildirilmiştir (Hakala ve ark., 2017).

Kolostrumun olması durumunu incelediğimizde, doğum sonu 15. dakikada deney grubunda 17 (%36,2) kadında kolostrum gelmeye başlamışken, kontrol grubunda hiç bir kadında kolostrum gelişi olmadı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =18,381$   $p<0,001$ ). Doğum sonu 30.dk da deney grubunda 43 (%91,5) kadında kolostrum varken, kontrol grubunda hiç bir kadında kolostrum gelmedi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =73,354$   $p<0,001$ ). Deney grubundaki kadınların tamamında (47 (%100)), doğum sonu 4. Saatte kolostrum varken, kontrol grubunda 26 (%63,4) kadında kolostrum vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =20,728$   $p<0,001$ ). Doğum sonu 6. Saatte deney grubundaki kadınların tamamında (n=47, %100) kolostrum varken, kontrol grubunda 37 (%90,2) kadında kolostrum vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $\chi^2 =4,804$   $p=0,028$ ). Yapılmış çalışmalar, ETT uygulamasının hem kolostrum geliş zamanını erkene çektiğini, hem de emzirme başarısını ve süresini uzattığını göstermektedir (Bramson ve ark., 2010; Suzuki, 2013; Brimdyr ve ark., 2017). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 12).

### **7.3. ETT'nin Doğum Sonu Ağrı ve Kanama Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Kadınların Vizuel Analog Skala (VAS) puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir. Kadınların doğum sonu ilk ağrı tariflediği zamandaki ağrı puan ortalaması, deney grubunda  $5,31\pm 1,085$ , kontrol grubunda  $6,53\pm 0,95$  oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-4,734$   $p<0,001$ ). Doğum sonu 2. saat ağrı puan ortalamaları deney grubunda  $4,76\pm 1,16$ , kontrol grubunda  $5,60\pm 1,18$  oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,192$   $p=0,001$ ). Doğum sonu 12.saat ağrı puan ortalaması deney grubunda  $3,57\pm 1,03$  iken kontrol grubunda  $4,53\pm 0,97$  oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-4,098$   $p<0,01$ ). Doğum sonu 24.saat ağrı puan ortalaması ise deney grubunda  $2,53\pm 0,90$ , kontrol grubunda  $3,07\pm 0,72$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $t=-3,479$   $p=0,001$ ). Ancak,

Nolan ve Lawrence çalışmalarında erken ten tene temas uygulaması yapılan ve yapılmayan iki gruptaki kadınların ağrı durumuna bakmış ve aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını bildirmişlerdir (Nolan ve Lawrence, 2009). Sonuçlarımız benzer değildir. Ataman (2019) çalışmasında, VAS'ı doğum sonu 24. Saatte bir kez uygulamış ve deney grubundaki kadınların ağrı puan ortalamalarını  $1,17 \pm 1,39$  (en az:0, en fazla:4), kontrol grubundaki kadınların ağrı puan ortalamalarını ise  $1,93 \pm 1,66$  (en az:0, en fazla:5) olarak bulmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ifade etmiştir (Ataman, 2019). Sonuçlarımız benzerlik göstermektedir (Tablo 13).

Bu sonuç bize ETT uygulanan deney grubunda doğum sonu ağrının daha az olduğunu göstermiş olup ( $p < 0,05$ ), ***H3: Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temas doğum sonu ağrısını azaltır, hipotezini doğrulamaktadır.***

Anket formunda ilgili soru bulunmamakla birlikte, çalışmaya katılan deney grubundaki kadınlar, ETT uygulaması sebebiyle ‘‘mutlu ve heyecanlı’’ hissettiklerini araştırmacıya ifade etmişlerdir. Annelerin mutlu hissetmeleri ve erken emzirmelerinin de etkisiyle endorfin düzeylerinin artmasına bağlı olarak ağrıyı daha az hissetmiş olabilecekleri düşünülmüştür.

Kadınların sezaryen öncesi ve sonrası kan değerleri farkının gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 15’te verilmiştir. Sezaryen öncesi ve sonrası 6.saatte alınan kanların sonuçlarında; HGB değerindeki azalma deney grubunda ( $0,72 \pm 0,48$ ) kontrol grubuna göre ( $1,51 \pm 0,70$ ) daha azdır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < 0,001$ ). Essa ve İsmail (2015), ETT uygulaması yaptıkları çalışmalarında uterin atoni veya aşırı kan kaybı yaşama durumunun deney grubunda hiç bir kadında olmadığını, kontrol grubunda 14 (%28,0) kadında olduğunu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bildirmişlerdir (Essa ve İsmail, 2015). Yapılan çalışmalarda, ETT uygulanan gruptaki kadınlarda, doğum sonu dönemde daha az miktarda kanama görülmüştür. Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir (Saxton ve ark., 2014; Saxton ve ark., 2015). Çalışma sonuçlarımız benzer çalışmalarla yakındır (Tablo 15).

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların sezaryen öncesi ve sezaryen sonrası 6.saatte alınan kanlarında; HCT değerindeki azalma ( $2,44 \pm 1,51$ ) kontrol

grubuna göre (4,85±2,02) daha azdır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Essa ve İsmail (2015), uterusun pozisyonu umblikusun altında olan deney grubunda 48 (%96,0) ve kontrol grubunda 38 (76,0) kadın olduğunu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bildirmiştir (Essa ve İsmail, 2015). ETT uygulaması ile emzirmeye erken başlanıp; emzirmeye erken başlamanın ve sık aralıklarla sürdürmenin de doğum sonu kaybedilen kan miktarını azaltacağını belirten çalışmalar mevcuttur (Saxton ve ark., 2014; Abedi ve ark., 2016). Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 15).

Bu çalışmada, sezaryen öncesi ve sonrası 6.saatte alınan kanlarda, diğer kan değerlerine benzer şekilde deney grubundaki PLT değerindeki azalma (18,45±24,07) kontrol grubuna göre (30,61±31,67) daha az olup ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,044). Çalışmamızdaki kadınlardan, deney grubunda bulunanlarda doğum sonu kaybedilen kan miktarı kontrol grubundakilere göre daha az olmuştur. ETT'nin doğum sonu kanama miktarını azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Saxton ve ark., 2014; Saxton ve ark., 2015). Çalışmamızın sonuçları benzerdir (Tablo 15).

Bu sonuçlar ETT uygulaması yapılan deney grubundaki kadınların, ETT uygulanmayan kontrol grubuna göre doğum sonu kanama miktarında önemli bir azalma olduğunu göstermiş olup (p<0,05) ve ***H2: Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temas doğum sonu kanamayı azaltır, hipotezini doğrulamaktadır.***

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 8.1. Sonuç

Sezaryen doğum yapan kadınlarda ETT uygulamasının yapıldığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- ✓ Çalışmamıza katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların; yaş, eş yaşı, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu ve eşin mesleği gibi özellikleri açısından homojenlik sağlandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 1).
- ✓ Bu çalışmada; deney ve kontrol grubunda bulunan kadınların, gravida ortalaması, parite ortalaması, yaşayan çocuk sayısı ortalaması, önceki doğum şekli, gebelikte emzirme eğitimi almış olma durumu, emzirmeyi düşünme süresi, daha önce emzirme durumu, daha önce emzirmede sorun yaşama durumu gibi özellikleri bakımından homojenlik sağlandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).
- ✓ Çalışmamızdaki bebeklerin ortalama ağırlığı, boy ortalaması, baş çevresi ortalaması, doğum sonu 1.dk apgar skoru ortalaması, doğum sonu 5.dk apgar skoru ortalaması ve bebeklerin cinsiyeti bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).
- ✓ Bebeğin ilk emdiği dakika ortalaması, deney grubunda kontrol grubundan daha az bulundu; deney grubundaki bebekler kontrol grubundakilere göre daha erken emmeye başladılar ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 4).
- ✓ İlk emzirme süresi deney grubunda ortalama  $7,82\pm 2,49$  dk, kontrol grubunda  $5,60\pm 1,90$  dk olarak gerçekleşti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 4).
- ✓ Bebeğin ilk emme şekli deney grubunda 20 (%42,6) yardımla, 27 (%57,4) kendiliğinden; kontrol grubunda ise bebeğin ilk emme şekli 31 (%75,6) yardımla, 10 (%24,4) kendiliğinden olarak görüldü ve gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $P=0,002$ ) (Tablo 4).

- ✓ Kadının ilk kendi emzirmesinde uygulanan IBFAT'tan, deney grubundaki kadınlar, kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldılar ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 5).
- ✓ Kadının 24.saatteki emzirmesinde uygulanan IBFAT'tan, deney grubundaki kadınlar, kontrol grubundakilere göre daha yüksek puan aldılar ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 5).
- ✓ Kadının 48.saatteki emzirmesinde uygulanan IBFAT'tan, deney grubundaki kadınlar, kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldılar ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 5).
- ✓ Bu emzirmede bebeğin beslenmesi hakkında ne hissediyorsunuz sorusuna, kadının doğum sonu 24.saatteki emzirmesinde deney grubundan daha çok kadın çok memnunum cevabını verdi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 7).
- ✓ Kadının doğum sonu 48.saatteki emzirmesinde, bu emzirmede bebeğin beslenmesi hakkında ne hissediyorsunuz sorusuna, deney grubundan daha çok kadın çok memnunum cevabını verdi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 7).
- ✓ Deney grubundaki kadınlar, EGF'den kendi ilk emzirmelerinde kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldılar ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 6).
- ✓ Deney grubundaki kadınlar, EGF'den doğum sonu 24.saatteki emzirmelerinde kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldılar ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 6).
- ✓ Deney grubunda bulunan bebekler, kadının ilk kendi emzirmesinde uygulanan EGF'de, kontrol grubuna göre daha uzun süre emdiler ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 6).
- ✓ Deney grubunda bulunan bebekler, kadının doğum sonu 24.saatteki emzirmesinde uygulanan EGF'de, kontrol grubuna göre daha uzun süre emdiler ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 6).
- ✓ Bebeklerin doğum sonu 2. Saatteki ağlama durumu bakımından, deney grubundaki bebeklerin kontrol grubundakilere göre daha az ağladığı görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).

- ✓ Doğum sonu 12. Saatte bebeğin ağlama durumu bakımından; deney grubundaki bebeklerin kontrol grubundaki bebeklere göre daha az ağladı görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).
- ✓ Bebeklerin doğum sonu 24. Saatteki ağlama durumu açısından, deney grubundakilerin kontrol grubundakilere göre daha az ağladığı görüldü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).
- ✓ Deney grubundaki kadınlarda kolostrum gelme zamanı ortalaması kontrol grubuna göre daha erken oldu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 12).
- ✓ Doğum sonu 4.saatte deney grubundaki kadınların tamamında ( $n=47$  %100) kolostrum varken, kontrol grubundaki kadınların 26 (%63,4)'sında kolostrum görülüp, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P<0,001$ ) (Tablo 12).
- ✓ Doğum sonu 6.saatte deney grubundaki kadınların tamamında ( $n=47$  %100) kolostrum varken, kontrol grubundaki kadınların 37 (%90,2)'sinde kolostrum görülüp, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,028$ ) (Tablo 12).
- ✓ Doğum sonu ilk ağrı hissettikleri zamanda, deney grubundaki kadınlar kontrol grubundakilere göre daha düşük VAS ağrı puanı bildirdi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 13).
- ✓ Doğum sonu 2. Saatte, deney grubundaki kadınların VAS ağrı puanları ortalamaları kontrol grubundakilere göre daha düşük olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,001$ ) (Tablo 13).
- ✓ Doğum sonu 12. Saatte, deney grubundaki kadınların VAS ağrı puanları ortalamaları kontrol grubundakilerin ortalamalarına göre daha düşük olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ) (Tablo 13).
- ✓ Doğum sonu 24. Saatte, deney grubundaki kadınların VAS ağrı puanları ortalamaları kontrol grubundaki kadınların VAS ağrı puanı ortalamalarına göre daha düşük olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,001$ ) (Tablo 13).
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki kadınlardan sezaryen öncesi ve sonrasındaki 6.saatte alınmış olan kanlardan bakılan HCT değerleri ortalamalarının farkı deney

grubunda kontrol grubuna göre daha az olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 15).

- ✓ Deneysel ve kontrol grubundaki kadınlardan sezaryen öncesi ve sonrasında 6. saatte alınmış olan kanlardan bakılan HGB değerleri ortalamalarının farkı deneysel grubunda kontrol grubuna göre daha az olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 15).

## 8.2. Öneriler

ETT uygulamasının kadın ve bebek açısından olumlu etkileri nedeniyle uygulamanın yaygınlaştırılması amacıyla önerilerimiz;

- ETT uygulaması konusunda sağlık personeline eğitim verilmesi ve rehberlik edilmesi; ekip çalışanlarının bilgilendirilmesi ve ETT konusunda ekip çalışmasının sağlanması,
- ETT uygulamasının yapılabilmesi için, klinikte çalışan herkesin bu konuda bilgilendirilmesi ve uyum içinde çalışması,
- ETT uygulamasının sezaryen doğumlarda da uygulanabilir olması için, hastanelerde ETT'den sorumlu olabilecek, bu konuda eğitilmiş bir hemşirenin bulunması,
- ETT'nin hem sezaryen hem de normal vajinal doğumlarda her zaman uygulanabilmesi için sağlık kuruluşlarında uygun ortamın sağlanması,
- Kadınlara doğum öncesi dönemde ETT uygulaması hakkında bilgilendirilmesi,
- Çalışmanın daha büyük örneklem ile farklı farklı sağlık kuruluşlarında da tekrarlanmasıdır.

## 9. KAYNAKLAR

Abboud, C.J., "The Apgar Score (1953-1958)". Embryo Project Encyclopedia. 2017;02:16. (A)

Abboud C, ""A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant" (1953), by Virginia Apgar". Embryo Project Encyclopedia. 2017;07:23. (B)

Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.

Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skinto-skin contact after vaginal birth: A systematic review, Plos One 2018;13(10).

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). Simulations consortium learning objectives postpartum hemorrhage caused by uterine atony. 2011.

Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial, Women and Birth 2014;27: 37–40.

Akkoyun S, Taş Arslan F. İlk altı ay boyunca emziren annelerin emzirme öz-yeterlilikleri. orjinal araştırma, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya. J Pediatr Res 2016;3(4)

Akkuzu G. Laktasyon. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği (Taşkın L, ed). 8'inci baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2007, s:461-498.

Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, Onis JV, Fernandez L, Suman Rao PN. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. *BMC Pediatrics* 2018, 18:48.

American Academy of Pediatrics (AAP). Breastfeeding and the use of human milk, *Pediatrics* 2012; 129; s:827.

Antony KM, Dildy GA. Postpartum hemorrhage: The role of the maternal–fetal medicine specialist in enhancing quality and patient safety. *Seminars in Perinatology*. 2013; 37(4): 246-56.

Apgar V. “A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant.” *Current Researches in Anesthesia and Analgesia* 1953; (32): 260–7.

Ataman B. Yeni Doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı, Yeni Doğanın Emme ve Yaşam Bulgularına Etkisi. K.K.T.C Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Lefkoşa, (Danışman: Prof. Dr. G Vural).

Aygin D, Var G. Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları, *Sakarya Medical Journal*, 2012;2(2):61-70.

Bayram, F. Postpartum Dönemdeki Annelerin Anne Sütünün Önemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2006 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Cengiz).

Beiranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R, Pournia Y. The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Pediatrics*. 2014; 1-7.

Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2007;21:98–113.

Bolat F. Uslu S. Bolat G. Bülbül A. Arslan S. Çelik M. Cömert S. Nuhoğlu A. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi*, 2011; 11: 5-13.

Bora Başara B, Güler C, Soyutun İ, Aygün A, Özdemir TA, Köse MR, Uzun SB, Birge Kayış B, Yentür GK, Pekeriçli A, Türkseven Öztürk Ç, Aydoğan Kılıç D, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2016, s:66-70.

Brady K, Bulpitt D, Chiarelli C, An Interprofessional Quality Improvement Project to Implement Maternal/Infant Skin-to-Skin Contact During Cesarean Delivery, *JOGNN* 2014; 43(4): 488-496.

Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, Melcher CL, Effect of early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay, *Journal of Human Lactation*, 2010.

Cangöl E, Hotun Şahin N, Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014; 45(3): 100-5.

Carfoot S, Williamson P, Dickson R. England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery* 2005; 21: 71–79.

Chaillet N, Dubé E, Dugas M. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec, *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85: 791-797.

Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics*. 2017; 139 (1)

Chiu SH, Anderson GC, Effect of early skin-to-skin contact on mother–preterm infant interaction through 18 months: Randomized controlled trial, *International Journal of Nursing Studies* September 2009; 46(9): s:1168–1180.

Cline M.E, Herman J, Shaw E.R, Morton RD. Standardization of the visual analogue scale, *Nursing Research*, 1992; 41(6): 378-380.

Collins, S. L, Moore, R. A. and McQuay, H. J. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres?, *Pain*, 1997; 72: 95-97.

Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL, Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016.

Çetinkaya E, Ertem G. Ten tene temasın anne-preterm bebek üzerine etkileri: sistematik inceleme. *Hemsirelikte Eğitim Ve Arastırma Dergisi* 2017; 14 (2): 167-175.

Coşkun A. M. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1'nci baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012.

Çavuşoğlu, H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş III. Baskı, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara, 1997, s: 43-53.

Çavuşoğlu H, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 9. baskı, Cilt 2, Ankara, sistem Ofset, 2008.

Çelik N, Demirci H. Emzirme Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi [Investigation of Turkish Validity and Reliability of Breastfeeding Assessment Scale]. CBU-SBED. 2017; 4.4: 1033- 1038.

Dennis CL, Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review, JOGNN. 2002; 31(1): 12-32.

Downie WW, Leatham PA, et al. Studies with pain rating scales. Annals Rheumatic Diseases 1978; 37: 378-381.

Essa RM, Ismail NI. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. Journal of Nursing Education and Practice 2015; 5(4): 98.

Fışkın G, Oskay Ü. Postpartum Kanama Risk Değerlendirmesi, Yönetimi ve Ebe-Hemşirenin Rolü. 2015; 5(3): 72-77.

Finster M, Wood M, The Apgar Score Has Survived the Test of Time. Anesthesiology 2005; 102: 855-7.

Giray H, Anne sütü ile beslenme, Sted, 2004; 13(1): 12-16.

Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 15: 16-31.

Günay İ , Sezaryen sonrası emzirme , Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2011; 8 (1): 28-30.

Gür, E. Anne sütü ile beslenme. Türk Ped Arş, 2007; 42: 11-5.

Hakala M, Kaakinen P, Kääriäinen M, Bloigu R, Hannula L, Elo S. The realization of BFHI Step 4 in Finland – Initial breastfeeding and skin-to-skin contact according to mothers and midwives. Midwifery 2017; 50: 27–35.

Hobbs A, Mannion C, McDonald S, Brockway M, Tough C, The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum, Hobbs et al. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016; 16: 90.

Holmes A.V, McLeod AY, Bunik M ABM Clinical Protocol #5:Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term, Revision 2013 Breastfeeding Medicine. <sup>a</sup> Mary Ann Liebert, Inc.2013; 8(6).

Irmak N. Anne sütünün önemi ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi etkileyen unsurlar. Jour Turk Fam Phy 2016; 07 (2): 27-31.

Jonas W, Johansson LM, Nissen E, Ejdebäck M, Ransjö-Arvidson AB, ve Uvnäs-Moberg K. Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. Breastfeeding Medicine 2009; 4(2).

Koyun, K. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinin Kullanımı ve Yeni Doğan Emzirme Başarısını İnceleyen Bir Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001 (Danışman: Prof. Dr. H Okumuş).

Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115(2): 139–46. 32.

Marin Gabriel MA, Martin LI, Escobar LA, Villalba FE, Blanco RI, Pol TP. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Pædiatrica* 2010; 99(11):1630-1634.

Matthews M. Developing an Instrument to Assess Infant Breastfeeding Behavior in Early Neonatal Period. *Midwifery*. 1988; 4: 154-65.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Review- Intervention Version* published: 16 May 2012.

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Systematic Review - Intervention Version* published: 25 November 2016.

Moran-Peters JA, Zauderer CR, Goldman S, Baierlein J, Smith AE. A quality improvement project focused on women's perceptions of skin-to-skin contact after cesarean birth. *Nurs Womens Health*. 2014; 18(4): 294-303.

Mörelıus E, Örtenstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomized trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression and breastfeeding. *Early Human Development*. 2015; 91: 63-70.

Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak A, Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800 g: randomized control trial, *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association* 2014; 34 (5): 364-8.

Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2009; 38(4): 430–42.

Okumuş H, Mete S. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık/ Sağlık Profesyonelleri için Rehber, 2'inci baskı, İstanbul, Deomed Yayıncılık, 2014.

Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2010; 52: 10-16.

Öztürk H, Demir Ü. Erken devrede emzirmenin anne-bebek sağlığı açısından yararları, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001; 4(2).

Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum Lact* 2008; 24: 293-302.

Phillips R. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2013; 13: 67–72.

Price D.D, McGrath P.A, Rafii A, Buckingham B, The Validation of Visual Analogue Scales as Ratio Scale Measures for Chronic and Experimental Pain, *Pain*, 1983;17:45-56.

Robays JV, The story of Virginia Apgar. *Facts Views Vis Obgyn*, 2015; 7 (3): 192-197.

Samur G. Anne sütü.1.Baskı, Klasmat Matbacılık, Ankara, 2008, s: 9.

Samur GE. Anne sütü. Sağlık Bakanlığı Yayın no 726, 2.Basım, Reklam Kurdu Ajansı Org. Tan. Tas. Rek. San. Tic. Ltd. Şti. Ankara; 2012, s:7-20.

Sarper C. Spinal Anestezi İle Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Doç. Dr. G Akkuzu).

Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study, *Midwifery* 2015; 31: 1110–1117.

Saxton A, Fahy K, Hastie C. Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: A physiologically based theory. *Women and Birth* 2014; 27: 250–253.

Say GN, Müjdecı M. Oksitosin ve psikiyatrik bozukluklar oxytocin and psychiatric disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2016; 8(2): 102-113.

Scott J, Huskisson E.C. Vertical or horizontal visual analogue scales, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1979; 38: 560.

Sobhy S, Mohamed N. The effect of early initiation of breastfeeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labour. 2004. *J.Egypt. Public Health Assoc.,LXXIX*1–2, 1–12.

Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health*, 2014; 58(1): 22-26.

Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H, Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature, *Maternal and Child Nutrition* 2014; 10: 456–473.

Stone S, Prater L, Spencer R, Facilitating Skin-to-Skin Contact in the Operating Room After Cesarean Birth, *Nursing for Women’s Health*, 2015; 18(6): 486-499.

Sundin CS, Mazac LB, Implementing Skin-to-Skin Care in the Operating Room After Cesarean Birth, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*: July/August 2015; 40(4): 49–255.

Suzuki S. Effect of early skin-to-skin contact on breast-feeding. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, October 2013; 33: 695–696.

Şafak Ç., Ata Tutkun N. Anne sütü ile beslenme sürelerinin yaşam çözümlemesi ile incelenmesi: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti örneği. Klinik Araştırma. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2015; 5(3): 167-176.

Şimşek S, Karahan N. Assessment of the impact of mother-infant skin-to-skin contact at childbirth on breastfeeding. Konuralp Tıp Dergisi. 2017; 9(1): 70-77.

Şirin, A., Erefe, İ. Doğum Sonrası Süt Kalitesini Geliştirme Yönünden Bireysel Düzeyde ve Aşamalı Verilen Anne Eğitiminin Gerekliliği Üzerine Bir Araştırma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1994; 10(1), s:18-29.

Takahashia Y, Tamakoshia K, Matsushimab M, Kawabeb T, Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants, Early Human Development March 2011; 87(3) s:151–157.

Takahashi Y, Tamakoshi K. The Positive Association Between Duration of Skin-to-Skin Contact and Blood Glucose Level in Full-Term Infants. J Perinat Neonat Nurs. 2018; 32(4): 351–357.

Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003; s: 351-397.

Topal S, Çınar N, Altınkaynak S. Emzirmenin anne sağlığına yararları. J hum rhythm- March 2017; 3 (1): 25-31.

UNICEF. Guide to the Baby Friendly Initiative standards. The Baby Friendly Initiative For all babies. 2012.

UNICEF. What is Kangaroo Care?. 2010.

UNICEF. How to Implement Baby Friendly Standards – A Guide for Maternity Settings. 2011.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Avrupa Birliği, Ankara Türkiye, 2014.

Velandia M, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after caesarean section. *Acta Paediatrica* 2012, 101 (4): 360-7.

Vilinsky A, Sheridan A, Nugent LE. Preventing peri-operative maternal and neonatal hypothermia after skin-to-skin contact. *Journal of Neonatal Nursing*. 2016; 22: 163-170.

Wiessinger D, West D, Pitman T. Emzirme sanatı Çeviren: Bakkal A. K. Emzirme Sanatı. Gün Yayıncılık, İstanbul, 2011.

World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985.

World Health Organization (WHO). Global Strategy For Infant And Young Child Feeding, Geneva, 2003.

World Health Organization (WHO). A review of nutrition policies, Geneva, Switzerland, 2010.

World Health Organization (WHO). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition, Geneva, Switzerland, 2013.

World Health Organization (WHO). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, GUIDELINE, Printed by the WHO Document Production Service, Geneva, Switzerland, 2017.

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012.

Zaichkin J, Weiner GM. Neonatal Resuscitation Program (NRP): new science, new strategies. Neonatal Network, 2011; 30: 5-13.

## **10. EKLER**

### **EK 1. Anket Formu**

#### **SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARDA ERKEN TEN TENE TEMASIN, EMZİRME VE DOĞUM SONU KANAMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

##### **Sayın katılımcı,**

Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Bölümü öğrencisi tarafından “Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temasın, emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisinin değerlendirilmesi” amacıyla düzenlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliği açısından tüm soru ve yönergeleri cevaplamanız rica olunur. Katkı ve katılımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği  
Tezli Yüksek Lisans Bölümü öğrencisi  
Zülfiye Serap Öztürk

## ANKET FORMU

1. Anket no: .....

2. Tarih ve saat:.....

3. Gebenin atandığı grup:

1) Deney grubu 2) Kontrol grubu

4. Yaşınız:

5. Evlilik Durumunuz:

1) Evli, resmi nikahı var 2) Evli, dini nikahı var 3) Bekar

4) Boşanmış ya da ayrı yaşıyor 5) Eşi vefat etmiş

6. Ne kadar süredir evlisiniz? ..... yıl.....ay

7. Öğrenim durumunuz:

1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul mezunu

4) İlköğretim mezunu 5) Lise mezunu 6) Üniversite mezunu

8 .Mesleğiniz: .....

9. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

10. Eşinizin yaşı:.....

**11. Eşinizin öğrenim durumu :**

- 1)Okuryazar değil      2)Okuryazar      3)İlkokul mezunu  
4)İlköğretim mezunu      5)Lise mezunu      6)Üniversite mezunu

**12. Eşinizin mesleği: .....**

**13. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?**

- 1) Hayır      2) Evet

**B. GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİ**

**14. Gravida:**

**15. Parite:**

**16. Abortus:**

**17. Yaşayan Çocuk:**

**18. Önceki doğum şekli nedir?**

- 1) İlk doğum      2) Sadece sezaryen      3) Sadece normal doğum  
4)Müdahaleli (vakum/forseps)      5) Sezaryen ve normal doğum

**19. Gebelik Haftası ? .....**

**20. Gebeliğinizde doktor kontrolüne gittiniz mi?**

- 1-Hiç gitmedim  
2-Ara-sıra düzensiz olarak gittim.  
3-Düzenli olarak kontrole gittim.

**21. Gebeliğinizde emzirme eğitimi aldınız mı ?**

1)Hayır

2)Evet. Kimden.....

**22. Bebeğinizi ne kadar süre emzirmeyi düşünüyorsunuz ? .....**

**23. Daha önce emzirdiniz mi?**

1) Hayır

2) Evet. Süresi:.....

**24. Daha önce emzirdiyseniz sorun yaşadınız mı?**

1)Hayır

2)Evet. Nedir.....

### **C. ANNENİN VE AİLENİN GENEL SAĞLIK DURUMU**

**25. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

- a) Yok
- b) Kalp Hastalığı var
- c) Böbrek Hastalığı var
- d) Hipertansiyon var
- e) Diyabet var
- f) Diğer:

**26. Eşinizde herhangi bir kronik hastalık var mı?**

- a) Yok
- b) Kalp Hastalığı var
- c) Böbrek Hastalığı var
- d) Hipertansiyon var
- e) Diyabet var
- f) Diğer:

**27. Kan grubunuz:.....**

**28. Eşinizin kan grubu:.....**

## D. TRAVAYA VE DOĞUMA İLİŞKİN BİLGİLER

29. Hastaneye başvuru tarihi / saati :

30. Hastaneye başvuru sebebi/şikayeti :

31. Sezaryen endikasyonu/tanı:

32. Varsa anneye verilen ilaçlar, miktarı/zamanı:

1).....

2).....

3).....

## E. BEBEĞE AİT ÖZELLİKLER

33. Bebeğin doğum tarihi /saati: ...../.....

34. ETT uygulanma durumu

1) Hayır

2)Evet. Başlangıç/bitiş saati:...../.....

35. Bebeğini ilk emzirme saati:..... Süresi:

36. Bebeğin anneyi ilk emme şekli

1)Yardımla

2)Kendiliğinden

37. Bebeğin doğum haftası....+ ...gün

38. Bebeğin cinsiyeti:

1. Kız

2.Erkek

39. Bebeğin APGAR skoru:

1) D.sonu 1.Dakika: ..... 2) D.sonu 5.Dakika:.....

**40. Bebeğin oksijen saturasyonu doğum sonu 5.dakika/15.dakika:**

- 1) Oksijen saturasyonu doğum sonu 5.dk.....%.....
- 2) Oksijen saturasyonu doğum sonu 15.dk.....%.....

**41. Bebeğin kalp tepe atımı doğum sonu 5.dakika/15.dakika:**

- 1) Kalp tepe atımı doğum sonu 5.dk..... atım/dk
- 2) Kalp tepe atımı doğum sonu 15.dk..... atım/dk

**42. Bebeğin doğumda ağırlığı: .....gr**

**43. Bebeğin doğumda boyu: .....cm**

**44. Bebeğin doğumda baş çevresi: .....cm**

**45. Bebeğin kan şekeri değeri doğumda: .....mg/dl**

**46. Bebeğin kan şekeri değeri doğum sonu 6.saatte:.....mg/dl**

**47. Bebeğin aksiller vücut ısısı doğumdan sonraki 20.dakika: ..... °C**

**48. Bebeğin aksiller vücut ısısı doğumdan sonraki 2.saate: ..... °C**

**49. Bebeğin aksiller vücut ısısı doğumdan sonraki 12.saate:..... °C**

**50. Bebeğin aksiller vücut ısısı doğumdan sonraki 24.saate:..... °C**

**51. Bebeğin ağlama durumu: D.sonu 2.saate:**

- a) Huzurlu,ağlamıyor b) Emmek için ağlıyor c) Çok ağlıyor

**52. Bebeğin ağlama durumu: D.sonu 12.saate:**

- a) Huzurlu,ağlamıyor b) Emmek için ağlıyor c) Çok ağlıyor

**53. Bebeğin ağlama durumu: D.sonu 24.saate:**

- a) Huzurlu,ağlamıyor b) Emmek için ağlıyor c) Çok ağlıyor

**54. Bebeğin ağlama durumu: D.sonu 48.saat:**

- a) Huzurlu,ağlamıyor b) Emmek için ağlıyor c) Çok ağlıyor

**55. Kadının sezaryen öncesi alınan kan değerleri:**

- a) HCT: b) HGB: c) PLT:

**56. Kadının sezaryen sonrası 6.saatte alınan kan değerleri:**

- a) HCT: b) HGB: c) PLT:

**57. Bebeğin doğum sonu 6.saatte alınan kan değerleri :**

- a) HCT: b) HGB: c) PLT:

- d) Kan grubu e) Direkt coombs

**58. Kolostrum gelme zamanı doğum sonu.....saat**

**59. Kolostrumun gelme durumu**

- a) DS 15. dk 1. Var 2. Yok  
b) DS 30. Dk 1. Var 2. Yok  
c) DS 4.saat 1. Var 2.Yok  
d) DS 6.saat 1. Var 2. Yok  
e) DS 12.saat 1. Var 2. Yok

## EK 2. Emzirme Gözlem Formu

Annenin adı: Gestasyonel yaş: Doğum şekli: Doğum tarihi:		Bebek adı: Bebek'in cinsiyeti: Apgar Skoru:.....(5dk.) Kilosu:.....gr . Boyu:.....cm.	
<b>EMZİRMENİN İYİ GİTTİĞİNİN BELİRTİLERİ</b>		<b>OLASI SORUN BELİRTİLERİ</b>	
<b>VÜCUT POZİSYONU</b>			
<b>1.gözlem</b>	<b>2.gözlem</b>	<b>1.gözlem</b>	<b>2.gözlem</b>
	Anne gevşek ve rahat		Omuzlar gergin, bebeğin üstüne eğiliyor
	Bebeğin vücudu yakın, memeye dönük		Bebeğin vücudu anneninkinden uzak
	Bebeğin başı ve vücudu düz		Bebeğin boynu eğri duruyor
	Çene memeye değiyor		Çene memeye değmiyor
	Bebek alttan destekli		Sırf omuzlar veya baş destekleniyor
<b>BEBEĞİN DAVRANIŞI</b>			
	Bebek acıkınca memeye uzanıyor		Memeye uzanma yok
	Bebek memeyi arıyor		Arama gözlemlenmedi
	Bebek diliyle memeyi keşfediyor		Bebek memeye ilgilenmiyor
	Bebek memede sakin ve uyanık		Bebek huzursuz veya ağlıyor
	Bebek memeye yerleştirilmiş duruyor		Bebek memeden kayıyor
	Süt salgılaması bulguları var		Süt salgılanması bulguları yok
<b>DUYGUSAL BAĞLANMA</b>			
	Emin ve güvenli tutuş		Sinirli veya gevşek tutuş
	Annenin yüz yüze dikkati		Anne/bebek göz teması yok
	Annenin çok dokunması		Az dokunmak
			Sallamak veya dürtmek
<b>ANATOMİ</b>			
	Emzirmeden sonra yumuşak memeler		Şiş memeler
	İleri uzanmış, dik meme uçları		Meme uçları düz veya iç dönük
	Sağlıklı görünen deri		Deride kırmızılık ve çatlaklar
	Emzirme esnasında yuvarlak memeler		
<b>EMME</b>			
	Geniş, açık ağız		Ağız az açık, öne doğru uzanmış
	Alt dudak dışa dönmüş		Alt dudak içe dönük
	Dil memenin etrafında kıvrılmış		Dil gözükmüyor
	Yanaklar yuvarlak		Yanaklar gergin veya içine göçmüş
	Ağzın üzerinde daha fazla areola		Ağzın altında daha fazla areola
	Yavaş, derin emmeler ve arada dinlenme		Sadece hızlı emme
	Yutkunma duyulabiliyor veya görülebiliyor		Sadece şaplanma ve çatırdama duyuluyor
<b>EMME İÇİN HARCANAN ZAMAN</b>			
	Bebek memeyi bırakıyor		Anne bebeği memeden ayırıyor
<b>BEBEK ..... DAKİKADA EMDİ.</b>		<b>TOPLAM PUAN:</b>	
Uygun olan şıklara (X) işareti koyunuz.			

Notlar : HC Armstrong, "Training Guide to Lactation Management", New York, IBFAN ve UNICEF 1992'den değiştirilerek alınmıştır.

**EK 3. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT- The Infant Breastfeeding Assessment Tool)**

	İlk emzirme	24. saatteki emzirme	48. saatteki emzirme	72. saatteki emzirme
<p><b>Bebeği emzirmek için aldığınızda nasıldı?</b></p> <p>1) Derin uykuda idi (gözleri kapalı, solunum dışında gözlenebilen hareketi yok)</p> <p>2) Uykuluydu</p> <p>3) Sessiz ve uyanıktı</p> <p>4) Ağlıyordu</p>				
<p><b>Bebeği emmeye başlatmak için, sizin ya da hemşirenin ne yapması gerektiği?</b></p> <p>1) Sadece memeye getirmek yeterliydi, başka bir çaba gerekmedi (3 puan)</p> <p>2) Üzerini açma, sıvazlama veya gazını çıkartma gibi hafif uyarı vermek gerekti (2 puan)</p> <p>3) Üzerini açma, bebeği oturtma, emzirme boyunca vücudunu ve kollarını kuvvetlice ovma gerekti (1 puan)</p> <p>4) Uyardırılmadı (0 puan)</p>				
<p><b>Bebek memenin yanına getirildiğinde ne yaptı?</b></p> <p>1) Bir kerede meme başını ağzına aldı (3 puan)</p> <p>2) Meme başını ağzına alması için biraz uyarmak, yönlendirmek gerekti (2 puan)</p> <p>3) Yardıma rağmen çok zor yakaladı (1 puan)</p> <p>4) Meme başını ağzına almaya çalışmadı (0 puan)</p>				
<p><b>Bebek memeye yerleştirildiğinde, meme başını ağzına alması ve emmeye başlaması ne kadar sürdü?</b></p> <p>1) Hemen emmeye başladı (0-3 dakika) (3 puan)</p> <p>2) 3-10 dakika sürdü (2 puan)</p> <p>3) 10 dakikadan fazla sürdü (1 puan)</p> <p>4) Emmedi (Meme başını almadı) (0 puan)</p>				
<p><b>Bu emzirmede bebeğin emme şeklini en iyi tanımlayan cümle aşağıdakilerden hangisidir?</b></p> <p>1) Bebek emmedi (0 puan)</p> <p>2) İyi emmedi; emmesi zayıftı, kısa sürelerle biraz emmeye çabaladı (1 puan)</p>				

3) İyi emdi ;aralıklı olarak emdi, ama biraz cesaretlendirmek gerekti (2 puan)				
4) Çok iyi emdi; her iki memeyi de emdi veya bir defada sürekli emdi (3 puan)				
<b>Bu emzirmede bebeğin beslenmesi hakkında ne hissediyorsunuz?</b>				
1) Çok memnunum				
2) Memnunum				
3) Pek memnun değilim				
4) Memnun değilim.				
TOPLAM PUAN				

#### EK 4. Vizuel Analog Skala (VAS)

**Anket No:**

**Tarih:**

**Değerlendirme saati:**

**Uygulama zamanı:**

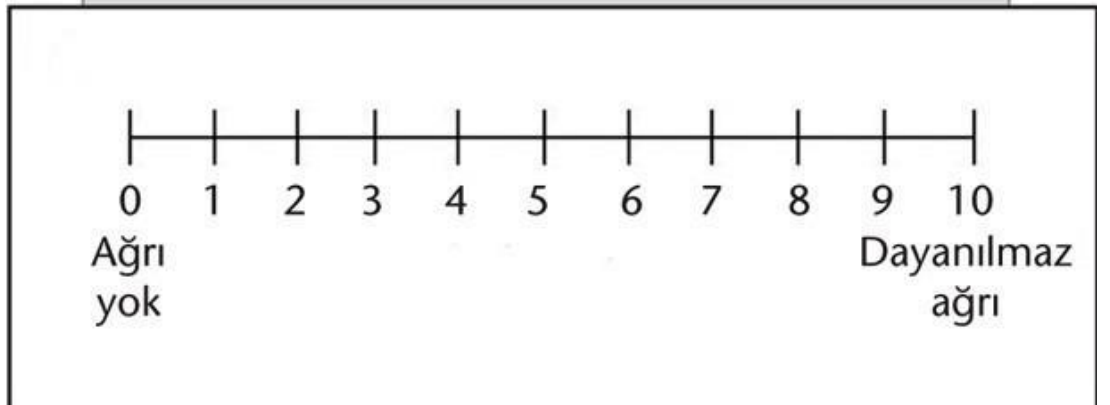
a)Doğum sonu İlk ağrı tarif ettiği zaman:

b)DS 2. Saat

c)DS 12. Saat

d)DS 24. Saat

**Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.**



## **EK 5. Gönüllü Bilgilendirme Formu**

### **Sayın katılımcı;**

“Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Erken Ten Tene Temasın, Emzirme Ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” isimli çalışma 18 yaşını doldurmuş, sezaryen doğum yapan kadınlarda Erken Ten Tene Temasın, Emzirme ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü, deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. 20 Haziran 2017–20 Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmesi düşünülen çalışmaya, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvuran, sezaryen doğum yapacak kadınlar alınacaktır. Çalışmaya yaklaşık 80 kadın almayı planlıyoruz. Sizinle ilk karşılaştığımda, kendimi tanıtip araştırmayla ilgili bilgi verdikten sonra, bu gönüllü bilgilendirme formunu okumanızı isteyeceğim.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, araştırma için sizden bilgi almak amacıyla bir anket formu dolduracağız. Çalışmada iki grup bulunmaktadır. Siz, deney ya da kontrol dediğimiz bu iki gruptan herhangi birinde olabilirsiniz. Eğer deney grubuna denk geldiyseniz, sizinle birlikte ameliyathaneye gireceğim. Ameliyatınız belden yapılan bir iğne yardımıyla karnınız ve bacaklarınızın uyuşması sonrasında gerçekleşecek. Bebeğiniz doğduğunda onu ilk ben alacağım, daha önce ısıttığım sıcak yatağa koyarak, çocuk doktoru ile birlikte ilk bakımını ve muayenesini yapacağız. Bebeğin iyi olması durumunda sizden daha önce aldığım şapkayı giydirip, altını bezleyerek bebeğinizi çıplak halde sizin göğsünüze yatıracağım.

Bebeğinizin üzerine ılık bir örtü örteceğim ve eline minik bir bant bağlayarak kalp atım hızını, oksijen seviyesini gözlemleyeceğim. Erken ten tene temas dediğimiz bu uygulama esnasında ben hep yanınızda olacağım. Sezaryen ameliyatınız bittiğinde, sedyeler arasında geçişte, ameliyathane içindeki uyandırma odasında, bebeğiniz hep sizinle birlikte olacak. Servise, yatağınıza gidene kadar bebeğinizden hiç ayrılmayacaksınız.

Bu çalışma; Emzirme Gözlem Formu, Ağrı Değerlendirme Skalası, muayene, sizinle görüşmemiz ve benim gözlemlerim ile uygulanacaktır. Yatağınıza geçtikten sonra da, ağrınızı, emzirme durumunuzu ve kanama durumunuzu takip etmek amacıyla değerlendirme yapılacaktır.

Eğer çalışmanın kontrol grubunda olursanız; öncelikle anket formunu doldurup, sonra sizinle birlikte sezaryen ameliyatınıza gireceğim. Bebek doğunca, ilk müdahalesini yaptıktan sonra, bilekliğini takıp, bebeğinizi size bir kez göstereceğim. Daha sonra ısıtılmış örtülere sararak doğumhane içindeki bebek müdahale ve bakım odasına götüreceğim. Hastanenin rutin uygulamasında olduğu şekilde ölçülerini alıp, aşısını yapıp, ayak izini alarak ve giysilerini giydirdikten sonra, küvöze koyacağım. Sezaryen ameliyatınız bitip servise döndüğünüz zaman bebeği yanınıza getireceğim ve emzirtmeye başlatacağım. Sonrasında tekrar yanınıza gelerek, deney grubundakilere yapacağımı anlattığım muayene, gözlem ve görüşmeleri sizinle de yapacağım. Bu çalışmada elde ettiğimiz bilgiler doğrultusunda erken ten tene temasın emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisini değerlendirmeyi planlıyoruz. İstedığınız zaman çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Gerek görüldüğü durumlarda (formların eksik doldurulması) araştırmacı tarafından çalışmadan çıkarılabiliyorsunuz.

Araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden elde edilen bilgiler yalnızca adı geçen çalışma amacıyla kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Alternatif tedavi veya girişimler: YOK

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek riskler: YOK

Araştırma ilacının olası yan etkileri: İlaç kullanımı yok. Yan etki YOK

“Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Erken Ten Tene Temasın, Emzirme Ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” İsimli çalışma; 18 yaşını doldurmuş, kadınlarda erken ten tene temasın emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın 11 ay sürmesi beklenmektedir.

Araştırmacılar Yrd. Doç. Dr Zübeyde EKŞİ ve yardımcı araştırmacılar Zülfiye Serap ÖZTÜRK tarafından Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Bölümü, Tez çalışması kapsamında araştırmanın yürütüleceği bana açıklandı.

Çalışmaya katıldığımda bana ait bilgilerin bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının gizliliğine eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı, kimliğimin açıklanmayacağı konusunda bana yeterli güven verildi. İstedğim zaman araştırmacılara 24 saat ulaşabileceğim gerekli telefon numaraları verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum, bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Toplanan bilgilerin sadece bu çalışmada kullanılacağı bana açıklandı. Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacılar tarafından yapıldı. Araştırmaya katılmam konusunda gönüllü olduğumu istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

**Gerektiğinde Ulaşılabilir Telefon Numarası:**

Zübeyde Ekşi Güloğlu: 0533 434 86 99

Zülfiye Serap Öztürk: 0542 494 10 40

## **EK 6. Gönüllü Onay Formu**

“Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda Erken Ten Tene Temasın, Emzirme ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” isimli çalışma ile ilgili araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- soyadı : İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no,...)

Araştırmacının

Adı- soyadı : İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- soyadı: İmzası, Görevi

## EK 7. Etik Kurul Onayı




### Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.375
	PROJE ADI	Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda, Erken Ten Tene Temasin, Emzirme ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Zübeyde EKŞİ

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 05.05.2017
Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına ay hirligi ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek projenin yenilenmesi gerekmektedir.	


ÜYELER						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi		Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAS	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Efil KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	

## EK 8. Kurum İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ  
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ FATİH  
BÖLGESİ KHBGS İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
24/08/2017 11:46 - 70794255 - 799 - E-11634



00031720596

Sayı : 70794255-799  
Konu : Araştırma İzni (Zülfiye Serap ÖZTÜRK)

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**

İlgi : 09/08/2017 tarihli ve 70764255-1700238289 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı yazı ile Üniversteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zülfiye Serap ÖZTÜRK' ün Yrd.Doç.Dr.Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU danışmanlığında yapacağı "**Sezeryen Doğum Yapan Kadınlarda Erken Ten Tene Temasin, Emzirme ve Doğum Sonu Kanama Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi**" başlıklı Tez çalışmasını yapabilme talebi Genel Sekreterliğimize bildirilmişti.

Söz konusu araştırma çalışmasının Üniversteniz ile Genel Sekreterliğimiz arasında imzalanan protokol doğrultusunda birliğimize bağlı "S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde" yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.  
Ph. Dr. Hanifi AKTAŞ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı, V.  
Güvenli Zier...  
İmzalı Aslı ile Aynıdır  
06/08/2017

T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ	
Tarih:	06 -09- 2017
Sayı:	1700260073
Bürosu:	202-08-01

Öğr. İst. Dalı Bek  
06.09.2017  
HK

Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No:85 Zeytinburnu / İstanbul

Faks No:0(212)5229811

e-Posta:sureyya.gok@saglik.gov.tr Int.Adresi: Eğitim ve Arge Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e629ffc-7739-414f-a015-926b778704a8 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Süreyya GÖK

Unvan:FİRMA

Telefon No:0(212)5308311/1136

## EK 9. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) Kullanım izni

19.08.2019

Gmail - IBFAT Hakkında.



Serap Öztürk <z.serapozturk@gmail.com>

### IBFAT Hakkında.

nurcan Çelik <nurcanelik35@yahoo.com.tr>  
Reply-To: nurcan Çelik <nurcanelik35@yahoo.com.tr>  
To: hulya.demiroi@cbu.edu.tr, Serap Öztürk <z.serapozturk@gmail.com>

Mon, Aug 19, 2019 at 11:32 AM

Merhaba Serap,

Tez çalışman da "Emzirme Değerlendirme Ölçeği'ni (IBFAT)" kullanabilirsin.  
Başarılar dilerim.

Öğr. Gör. Nurcan Çelik  
Manisa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü  
Yunusemre/Manisa  
Dahili no:5867  
17 Ağustos 2019 Cumartesi 21:31:02 GMT+3 tarihinde, Serap Öztürk <z.serapozturk@gmail.com>şunu yazdı:  
[Quoted text hidden]

<https://mail.google.com/mail/u/07ik=7b5a9b7e48&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1642283455264359015&siml=msg-f%3A1642283455264359015>

1/1



SS-076

[Abstract:0111]

## SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARDA, ERKEN TEN TENE TEMASIN, EMZİRME VE DOĞUM SONU KANAMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zülfiye Serap Sürücü<sup>1</sup>, Zübeyde Ekşi Güloğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul  
<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bebeklerin ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmesini, bu dönemde bebeklere su dahil hiç bir ek besin verilmemesini, 6 aydan itibaren de ek gıdalara başlanarak, emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir. Emzirmenin daha etkili ve başarılı olması, uzun süre devam etmesi için Erken Ten- Tene Temas (ETT) uygulaması, önemli bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerin bir çoğunda vajinal doğumdan hemen sonra ETT uygulanmasına imkan verilmesine rağmen, çok azında sezaryen sonrası ameliyathanede bu uygulama yapılmaktadır. Postpartum kanama (PPK) maternal morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerindedir. Ten tene temasın ve emzirmenin postpartum kanama (PPK) oranlarını düşürmede etkili olacağı düşünülmektedir. DSÖ'nün erken emzirmeyi doğumdan bir saat içinde önermesinin nedenlerinden biri, uterus aktivitesini teşvik etmek ve ağır kanama riskini azaltmaktır.

**ÇALIŞMANIN AMACI:** Sezaryen doğum yapan kadınlarda, erken ten tene temasın, emzirme ve doğum sonu kanama üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla; prospektif, randomize kontrollü ve deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışma İstanbul'da, bir eğitim ve araştırma hastanesinde, 15 Ağustos 2017- 20 Mayıs 2018 tarihleri arasında, sezaryen doğum yapan, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan; 41'i kontrol 47'si deney grubunda olmak üzere toplam 88 kadınla yapılmıştır. Veri toplanması aşamasında Anket Formu, Emzirme Gözlem Formu, Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT), Vizüel Analog Skala (VAS) ve Kanama ve Doğum Sonu Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmada deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 29.68±5.19, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 28.82±5.80 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların ETT'de kalma süreleri ortalama 67.34±13.20 dk'dır. Kadınların emzirme gözlem formundan aldıkları puanlar incelendiğinde deney grubunun 1. Emzirme gözlem puanı ortalaması 18.14±3.15, kontrol grubunun 1.Emzirme gözlem puanı ortalaması 11.63±2.92 olup İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Deney grubunun 2. Emzirme gözlem puanı ortalaması 20.87±3.35, kontrol grubunun 2. Emzirme gözlem puanı ortalaması ise 14.48± 2.65 bulunmuştur. Grupların IBFAT puanları değerlendirildiğinde, ilk emzirmede deney grubu puan ortalaması 8.68±1.56, kontrol grubu puan ortalaması 5.29±1.50 olup aralarında İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P<0.05).

**SONUÇ:** Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene temasın emzirme başarısı üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** : Erken ten tene temas, Sezaryen, Emzirme, Doğum Sonu Kanama



## 11. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	ZÜLFİYE SERAP	<b>Soyadı</b>	SÜRÜCÜ
<b>Doğum Yeri</b>	KADIKÖY	<b>Doğum Tarihi</b>	11/06/1988
<b>Uyruğu</b>	TÜRKİYE	<b>Tel</b>	0542 494 10 40
<b>E-mail</b>	z.serapozturk@gmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	2019
	Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Birimi	2018
<b>Lisans</b>	Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2013
<b>Lise</b>	Gülizar ve Zeki Obdan Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2006

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ (BEBEK ODASI)	S.B.Ü. HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2013-2018
DAHİLİYE SERVİS HEMŞİRESİ	İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2018-2018
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ	KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2018-2019

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İNGİLİZCE	İyi	İyi	İyi
ALMANCA	Orta	Orta	Orta

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

<b>Yabancı Dil Sınav Notu #</b>								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı (2012-Güz)</b>	80,11	81,61	70,68
<b>ALES Puanı (2013-Güz)</b>	74,04	74,91	64,63

**Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft office (Word, Excel, Powerpoint, Access, Outlook)	İyi
IBM SPSS Statistics	İyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin