



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUM YAPMAK İÇİN HASTANEYE BAŞVURAN PRİMİPAR
KADINLARIN BEKLENTİLERİ VE DOĞUM SÜRECİNDE
YAŞADIKLARI**

Şemsi ASLAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. Filiz OKUMUŞ

İSTANBUL-2016

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Öğrenci : Şemsi ASLAN

Tez Başlığı : Doğum Yapmak İçin Hastaneye Başvuran Primipar Kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları

Sınav Tarihi : 18.01.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans / Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

Yrd.Doç.Dr. Filiz OKUMUŞ

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza


Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Nezihe KIZILKAYA

Biruni Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans/ Doktora tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 29../01../2016. tarih ve 2016../03.... - 03... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla 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.

Şemsi ASLAN



TEŐEKKÖR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde sabır ve anlayışla beni destekleyen, bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren danışman hocam Yrd.Doç.Dr. Filiz OKUMUŞ'a

Araştırmanın yapılması için onay veren Medipol Hastaneleri Sağlık Grubu yöneticilerine, doğum servisi çalışanlarına ve doğumhane çalışma arkadaşlarıma

Bu zorlu süreçte maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, yaşamım boyunca her zaman yanımda olan, sevgi ve sıcaklıklarını hissettiğim canım aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Tez onayı | i |
| Beyan | ii |
| Teşekkür/ İthaf..... | iii |
| Kısaltma ve Simgeler Listesi..... | vii |
| Şekil ve Tablolar Listesi..... | viii |
| 1- Özet | 1 |
| 2- Abstract..... | 2 |
| 3- Giriş ve Amaç..... | 3-6 |
| 4- Genel Bilgiler | 7-41 |
| 4.1. Doğum Eylemi..... | 7 |
| 4.1.1. Doğumun hormonal mekanizması..... | 8 |
| 4.1.1.1. Oksitosin..... | 8 |
| 4.1.1.2. Prostaglandinler..... | 9 |
| 4.1.1.3. Fetal kortizol..... | 9 |
| 4.1.1.4. Kortikotropin releasing hormon..... | 10 |
| 4.1.1.5. Estrojen ve progesteron..... | 10 |
| 4.1.1.6. Beta-endorfin..... | 11 |
| 4.1.1.7. Katekolaminler (adrenalin ve noradrenalin)..... | 12 |
| 4.1.1.8. Prolaktin..... | 13 |
| 4.1.2. Doğumda Yapılan Müdahale ve Uygulamalar..... | 14 |
| 4.1.2.1. Lavman..... | 14 |
| 4.1.2.2. Amniotomi..... | 15 |
| 4.1.2.3. İndüksiyon..... | 15-20 |
| 4.1.2.4. Fundal bası..... | 21 |
| 4.1.2.5. Forseps ve vakum..... | 21-22 |
| 4.1.2.6. Epizyotomi..... | 22-23 |

| | |
|--|--------------|
| 4.1.2.7. Doğumda analjezi kullanımı..... | 23-24 |
| 4.1.2.8. Aktif hareket etme..... | 25 |
| 4.1.2.9. Oral alımın kısıtlanması..... | 26 |
| 4.1.2.10. Ten tene temas..... | 26 |
| 4.2. Sezaryen | 27 |
| 4.2.1. Sezaryen ve tarihçesi..... | 27-29 |
| 4.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de sezaryen sıklığı..... | 30 |
| 4.2.3. Sezaryen endikasyonları..... | 31 |
| 4.2.4. Sezaryenin maternal ve fetal sonuçları..... | 31-33 |
| 4.2.5. Kadınların sezaryen hakkındaki düşünceleri..... | 33-35 |
| 4.2.6. Sezaryen sıklığını azaltmaya yönelik yaklaşımlar..... | 35-40 |
| 5- Metod ve Materyal | 41-44 |
| 5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi | 41 |
| 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 41 |
| 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 41 |
| 5.3.1. Örneklem seçim kriterleri..... | 42 |
| 5.4. Araştırmanın Soruları..... | 42 |
| 5.5. Veri Toplama Araçları | 42 |
| 5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu..... | 43 |
| 5.5.2. Beklenti değerlendirme soru formu..... | 43 |
| 5.5.3. Doğum deneyim puanlama sistemi..... | 43 |
| 5.6. Verilerin Değerlendirilmesi | 44 |
| 5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları | 44 |
| 5.8. Araştırmanın Etik Yönü..... | 44 |
| 6- Bulgular | 45-65 |
| 6.1. Primipar Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular... | 46-54 |
| 6.2. Primipar Kadınların Beklenti Parametrelerine İlişkin Bulgular... | 55-58 |
| 6.3. Vajinal Doğum Yapan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulgular..... | 59-63 |
| 6.4. Sezaryen Olan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulgular..... | 64-65 |
| 7- Tartışma | 66-79 |

| | |
|---|----------------|
| 7.1. Primipar Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 67-71 |
| 7.2. Primipar Kadınların Beklenti Parametrelerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 72-75 |
| 7.3. Vajinal Doğum Yapan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 75-78 |
| 7.4. Sezaryen Olan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 78-79 |
| 8- Sonuçlar ve Öneriler..... | 80-82 |
| 9- Kaynaklar | 83-92 |
| 10- EKLER | 93-99 |
| 11- Etik Kurul Onayı | 100-101 |
| 12- Özgeçmiş | 102 |

KISALTMA VE SİMGELER

| | |
|-------------|---|
| ACOG | American Collage of Obstetrics and Gynecology (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Koleji) |
| C/S | Sezaryen |
| CIMS | Coalition for Improving Maternity Services |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| FIGO | Federation of Obstetrics and Gynecology (Jinekoloji ve Obstetrik Fedarasyonu) |
| GJ | Gap-junction |
| HPL | Human Plasental Laktojen |
| KS | Kaput Suksedaneum |
| NSD | Normal Spontan Doğum |
| PG | Prostoglandin |
| RCM | The Royal Collage of Midwives |
| SH | Sefal Hematom |
| SSVD | Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum |
| TJOD | Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği |
| TNSA | Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |

TABLO LİSTESİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Tablo 4.1. Bishop Servikal Skorlama Sistemi | 18 |
| Tablo 6.1.1. Primipar Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması | 46 |
| Tablo 6.1.2. Primipar Kadınların Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 6.1.3. Primipar Kadınların Bu Gebeliğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması | 50 |
| Tablo 6.1.4. Primipar Kadınların Doğum Zamanına İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 6.1.5. Primipar Kadınların Bebeklerinin Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması | 53 |
| Tablo 6.2.1. Primipar Kadınların Ebe veya Hemşire Desteği Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması | 55 |
| Tablo 6.2.2. Primipar Kadınların Korku Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması | 56 |
| Tablo 6.2.3. Primipar Kadınların Kaygı Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması | 56 |
| Tablo 6.2.4. Primipar Kadınların Ağrı Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması | 57 |
| Tablo 6.2.5. Primipar Kadınların Vajinal Doğum/Sezaryen Sonrası Ağrı Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması | 57 |
| Tablo 6.2.6. Primipar Kadınların Mahremiyetin Korunması Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması | 58 |
| Tablo 6.3.1. Vajinal Doğuma Ait Özelliklerin Doğum Deneyim | 59 |

| | | |
|---------------------|---|----|
| | Puanına Göre Karşılaştırılması | |
| Tablo 6.3.2. | Doğumda Yapılan Uygulamalar ve Müdahalelerin Doğum Deneyim Puanına Göre Karşılaştırılması | 61 |
| Tablo 6.4.1. | Sezaryene Ait Özelliklerin Doğum Deneyim Puanına Göre Karşılaştırılması | 64 |

1.ÖZET

DOĞUM YAPMAK İÇİN HASTANEYE BAŞVURAN PRİMİPAR KADINLARIN BEKLENTİLERİ VE DOĞUM SÜRECİNDE YAŞADIKLARI

Kadın ve ailesi için doğum deneyimi hayatın birçok sürecini etkileyen önemli bir faktördür. Özellikle primipar kadınların doğuma ilişkin inanç ve beklentileri ve doğum deneyiminden memnun olmaları sonraki doğumlardaki tercihleri etkileyebilir. Bu araştırma doğum yapmak için özel hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evreni Medipol Sağlık Grubu Hastaneleri'nin kadın doğum kliniğine başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Araştırma verileri Şubat-Temmuz 2014 tarihleri arasında vajinal doğum yapmış ve sezaryen olmuş primipar kadınlardan toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü %5 önemlilik düzeyinde 180 primipar vaginal doğum 270 primer sezaryen olan lohusa araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.77 olup çoğunluğu 30-34 yaş aralığında, üniversite mezunu, çalışan ve çekirdek aile tipindedir. Vajinal doğum yapan ve sezaryen olan kadınlar arasında ebe ve hemşire desteği, doğum kaygısı, doğum ağrısı, doğum veya sezaryen sonrası ağrı algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sezaryen olan kadınların sezaryen endikasyonu ve anestezi yöntemi ile doğum deneyimi arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$), sonraki doğum şekli tercihi ile doğum deneyimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Vajinal doğum yapan kadınlar doğum esnasında, sezaryen olan kadınlar ise doğum sonrası ağrı yaşamaktadır. Epizyotomi, amniotomi, fundal bası, suni indüksiyon gibi doğuma müdahale uygulamaları yüksek oranda yapılmaktadır. Doğum esnasında oral alım kısıtlanmakta ve ten tene temas ihmal edilmektedir. Kadınlar çoğunlukla fetal nedenlerden dolayı sezaryen olmakta, sezaryen olan kadınlar sonraki doğumlarında sezaryeni tercih etmektedir.

Anahtar kelimeler: Özel hastane, sezaryen, vajinal doğum

2. ABSTRACT

PRIMIPAROUS WOMENS EXPECTATIONS AND EXPERIENCE DURING HOSPITAL BIRTH

Birth experiences for women and their families is an important factor affecting many processes of life. In particular, primipar women's beliefs and expectations with the experience of childbirth may affect their preferences for later pregnancies. This research had been carried out with primipar women who admitted to a private hospital to give birth and to determine their experiences and other issues which pregnant women encounter throughout birth process.

This research consist of women attending Medipol Health Group Hospitals antenatal clinics. This research data were collected from primipar women who gave birth between Feb-July 2014. This research again consists of 180 primipar women who went through vaginal birth and 270 primipar women who went through caeseran section in Medipol Group Hospitals.

The average age of women participating in the study is 29.77 years of age, most of them between age of 30-34 years, were university graduated, working and core family orientated. There were statistically significant differences found in women between vaginal birth group and caesaeran section group for nursing and midwifery support, anxiety and pain perception. There were no relation found between birth experience by caesarean section and anesthesia, but significant relation found between mode of delivery and choosing the birth experience.

Vaginal birthing women during vaginal birth and caesarean section performing women after caesarean section, experience pain. Episiotomy, amniotomy, fundal pressure, intervention applications such as artificial birth induction is performed at high rates. Oral intake is restricted during birth and skin to skin contact is neglected. Women predominantly go through caesarean section is due to fetal causes, and subsequently these women prefer cesarian birth in later pregnancies.

Key Words: private hospital, caesarean section, childbirth

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmasına rağmen kadınlar için önemli bir stres kaynağıdır. Çünkü doğum süreci birçok belirsizliklerle doludur. Kadınlar, doğum eylemini korku verici ve ağrılı olarak tanımlamaktadır, Sunal ve Demiryay (1). Kadınlar, çoğunlukla doğum ve doğum sonu süreçlerden dolayı endişelenmekle beraber doğum esnasında sağlık çalışanlarının nazik olmayan yaklaşımlarından dolayı da doğum korkusu yaşamaktadırlar, Serçekuş ve Okumuş (2), Duman ve ark (3), Kitapçioğlu ve ark (4). Doğum ile ilgili negatif beklentiler kadınları ya doğumdan önce ya da doğum esnasında sezaryene götürmektedir. Kadınlar, sezaryeni doğuma alternatif bir yöntem olarak görmekte ve doğum korkularından dolayı sezaryen olmayı tercih etmektedir. Son yıllarda hastanelerde anne isteği ile sezaryen oranları artmıştır. İlk kez doğum yapacak kadınlar, herhangi bir tıbbi gereklilik olmadan kendi tercihleriyle 38. gebelik haftasından sonra sezaryen olabilmektedir. Bu sezaryen şekline “primer elektif sezaryen” denmekle birlikte, bu durum aynı kadınların sonraki doğumlarında da sezaryen olmalarına neden olmaktadır, Gözükara ve Eroğlu (5).

Sezaryenin rutin olarak uygulanır hale gelmesi çeşitli etik tartışmalara neden olmuştur. Obstetrik uygulama komitesi, maternal ya da fetal endikasyon yokluğunda, vaginal doğum planlamanın güvenli ve uygun olduğunda hastalara tavsiye edilebileceğine inanır. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)’a göre; anne isteği ile sezaryen planlanması durumunda 39. gebelik haftasından önce sezaryen yapılmamalıdır. Özellikle birkaç çocuk isteyen kadınlarda anne isteği ile sezaryen önerilmez. Çünkü sonraki doğumda plasenta previa, plasenta akreata ve histerektomi riskleri vardır ve bunlar her sezaryen ile birlikte artmaktadır, ACOG (6). FIGO (Federation of Obstetrics and Gynecology) etik komitesi, yeterli kanıt olmadığından tıbbi nedenler dışında sezaryen yapmanın etik olarak savunulamayacağını belirtmektedir. Öte yandan ACOG annenin sezaryen konusunda bilgilendirilmesini, korkuları varsa psikolojik destek sağlanmasını, ama herşeye rağmen sezaryen istiyorsa anne isteğine saygı gösterilmesini söylemektedir. Ama

vaginal tüm bu görüşmelerde hekimin vaginal doğum tarafında olmasının da altını çizmektedir. TJOD (Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği) tıbbi bir endikasyon yoksa ve anne ikinci bir gebelik düşünüyorsa, anne isteği mutlaka iyi değerlendirilmelidir. Hekim anneyi sezaryene yönlendirmemelidir, TJOD (7). Kabul görmüş bir tıbbi endikasyon olmadan hasta sezaryen ile doğum istediği zaman doktorlar profesyonel rollerini ve sorumluluklarını bırakmamalıdır. Özellikle değişim için güvenilir kanıt olmadığında meslek uygulamaları değişmemelidir. Hastanın olumlu yönde hak kullanması klinik değerlendirme ile uygun şekilde sınırlandırılabilir. Doktorlar, eldeki verileri kullanarak hastaya dolaylı değil, doğrudan danışmanlık vermelidir. İyi bilgilendirilmiş bir hastanın bu şekilde doğum yapma isteğini kabul etmenin doktorun kararı olacağına inanmamızı destekleyen mevcut verilere rağmen obstetrisyenlerin bütün hastalarına rutin olarak elektif sezaryen önermeleri anlamına gelmemektedir, Kalish et al (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğumun kendiliğinden başlamasını önerir. Anne ve fetüste salgılanan hormonlar, doğumu tetiklemekte ve doğumun fizyolojik olarak başlamasına olanak sağlamaktadır. Spontan vajinal doğumun anne- bebek bağlanması, emzirme süreci ve doğum sonu iyileşmeye çok büyük faydaları vardır, Gözükara ve Eroğlu (5). Apay ve Pasinlioğlu (2009) tarafından Erzurum'da primipar kadınlarda doğum sonrası fonksiyonel durumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada vajinal doğum yapanların sezaryen doğum yapanlara göre; ev içi aktiviteler, bebek bakımı sorumlulukları, özbakım ve mesleki aktiviteler alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır, Apay ve Pasinlioğlu (9).

Sezaryen, ancak tıbbi bir gereklilik olduğunda uygulanırsa annenin ve bebeğinin hayatını kurtaracak önemli bir operasyondur. Tıbbi ve teknik alandaki gelişmeler, doğumda bebek ve anne hayatının tehlikeye girdiği bazı durumlarda sezaryen uygulamaları ile hem anne hem de bebeğin hayatını kurtarmayı olanaklı kılmıştır. Bu anlamda sezaryen, spontan doğumun tehlikeye girdiği durumlarda anne ve bebek ölümü ve sakat kalma riskini azaltması açısından insan hayatına ve yaşam süresine önemli katkıları bulunmaktadır. Ancak sezaryende de diğer tüm cerrahi girişimlerde

olduğu gibi bir takım riskler bulunmaktadır. Literatürde elektif sezaryenin hem anne hem de bebek açısından birçok zararları olduğundan bahsedilmektedir. Bu yüzden sezaryenin sadece tıbbi endikasyon olduğunda uygulanması tıbbi etik açısından önem taşımaktadır, Ataç ve ark (10), Bal ve ark (11).

Türkiye, dünyada sezaryen oranı en yüksek ülkeler arasında yer almaktadır. Sezaryen oranının yüksek olmasının en büyük nedeninin, kadınların doğum esnasında destek sistemlerinin yetersiz olması olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir araştırmada kadınların $\frac{3}{4}$ 'ünün doğum eylemi esnasında destek olacak birine ihtiyaç duyduğu saptanmıştır, Timur ve Şahin (12). Kadınlara yeterli destek sağlanıp uygun yaklaşımda bulunulursa vajinal doğum eylemini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmektedir, Gözükara ve Eroğlu (5), Karabulutlu (13), Vatansever ve Okumuş (14). Kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için destek almaya ve önemsendiğini hissetmeye gereksinimleri bulunmaktadır. Doğum desteği, doğum eylemindeki bakımın önemli bir bölümünü oluşturmakta ve ebe / hemşirelerin önemli bir görevi olarak kabul edilmektedir. Doğum desteğinin amaçları; doğum yapan kadına aktif yardım etme, duygusal gereksinimlerini ve isteklerini karşılama, rahatlığını sağlama, doğum sonuçlarını geliştirme, benlik saygını artırma, olumlu doğum deneyimi edinmesini sağlama ve annelik rolüne geçişini kolaylaştırmadır. Doğum eylemindeki bakımın amacı ise; güvenli ve mümkün olduğunca en az müdahale ile sağlıklı anne ve bebek elde etmek, anneyi aktif kılmak, annenin gereksinimlerinin karşılandığı doğum deneyimi edinmesini sağlamak, bilgi gereksinimini karşılama, anne ve bebeği değerlendirmektir, Karaçam ve Akyüz (15).

Kadınların doğum esnasında destek sistemlerine ihtiyaç duymalarının yanı sıra doğum şekline karar verirken de bilgi ve destek almaya ihtiyaç duydukları görülmektedir. Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa vajinal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedir. Karar verme süreci birçok faktörlerden etkilenebilmektedir. Anne adayının doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi, sezaryen ile doğumu daha güvenli ve daha kolay olarak algılaması, sabırsızlığı, zahmete katlanmama ve biran önce doğumdan kurtulma

isteği sezaryeni tercih etmesine neden olmaktadır. Sağlık alışanlarının anne adaylarını doğum tercihinde; hangi doğum şeklinin anne ve bebek sağlığı açısından daha az risk taşıdığı konusunda bilgilendirmesi çok önemlidir. Kadınlara bu süreçte verilecek destek ve bilgilendirme ile onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilir, Sayıner ve ark (16), Karabulutlu (13), zkan ve ark (17).

Kadın ve aile için doğum deneyimi subjektif fiziksel, psikolojik süreçlerle i içe seyreden ve sosyal çevresel, politik ve yapısal faktrlerlerden etkilenen bireysel hayati bir olaydır, Larkin et al (18). Kadınlardan doğum deneyiminden memnun olmaları, doğum ve doğum sonu sürecini etkilemede önemli bir faktördür. Kadınlardan doğuma karşı kişisel inanç ve beklentileri birbirinden farklı olabilmektedir. Beklenti kavramı, belirsizlikler altında karar alma süreci olarak tanımlanır, Gözükara ve Eroğlu (5). Bu araştırma doğum yapmak için hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4. 1. Doğum Eylemi

Doğum, düzenli uterus kontraksiyonlarının başlangıcından plasentanın çıkışına kadar geçen sürece denir. Vajinal doğum eylemi ise; fetal iniş, servikal dilatasyon ve uterin kontraksiyonları içeren dinamik parametreler ile geçen zaman arasındaki kompleks bir ilişkidir, Cunningham et al (19), Gibbs et al (20). 37-42 gebelik haftasında doğan bebekler, dış ortama uyum sağlayabilecek fizyolojik olgunluğa erişmiş olduklarından bu dönemde gerçekleşen doğum **partus maturus**, olarak adlandırılır, bu dönemde doğan bebeğe ise **mature fetüs** denir. Gebeliğin normal süresi 280 gün (10 lunar ay) yani 40 haftadır, Oreilly et al (21), Taşkın (22).

Vajinal bir doğum eyleminin;

- Termde (son menstrual periyoddan 40 hafta sonra),
- Kendiliğinden başlaması,
- Tek ve canlı bir fetüs,
- Verteks pozisyon,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir.

Fetüs, fizyolojik olgunluğa eriştikten sonra anne ve fetüs bedenindeki bir takım mekanizmalar doğumun başlamasına neden olur. Uterus, doğumda kuvvetli ve ritmik kasılmalarla motor görevi üstlenir. Uterusun corpusu en etkin bölümüdür. İsthmus, üçüncü aydan itibaren kavum uteriye katılarak doğumda yumuşak doğum kanalının en üst kısmını oluşturur. İsthmus, doğum esnasında corpus gibi kasılmalara katılamaz, pasif kalır, Arısan (23).

Doğum eyleminde birincil güç uterus kontraksiyonlarıdır. Uterus kontraksiyonları braxton hicks de dahil olmak üzere istemsizlerdir. Birincil güçler serviksin silinme ve dilatasyonunu sağlar, Taşkın (22). Kontraksiyonların başlaması ve devamı için hormonal mekanizma önemli rol oynar.

4.1.1. Doğumun Hormonal Mekanizması

Hormonlar, doğum eyleminin merkezinde yer alır. Doğumda kadın bedeni hormon üretmek üzere tasarlanmıştır. Hem bebeğin olgunlaşmasında da hem de doğumun başlangıcında etkili olan birçok hormon vardır, Rathfisch (24);

- Oksitosin
- Prostaglandinler
- Fetal kortizol
- Kortikotropin Releasing Hormon
- Estrojen ve Progesteron
- Beta-endorfin
- Katekolaminler (adrenalin ve noradrenalin)
- Prolaktin

4.1.1.1. Oksitosin

Oksitosin, yirminci yüzyılda kimyasal yapısı ortaya çıkartılan ilk hormonlardan biridir. Temel maddesi dokuz aminoasitten oluşmaktadır. Oksitosin, sadece yapısal olarak iki amino asiti farklı olan diğer bir biyokimyasal vazopressin (böbreklerden suyun emilimini arttıran hormon) ile yakından ilişkilidir. Evrimsel açıdan baktığımızda, oksitosin ve vazopressin çok eski maddelerdir. Bu iki madde milyonlarca yıldan beri, canlıların gelişim zincirinde yer almıştır. Oksitosin, tüm memeli türlerinde kimyasal yapısı değişmeden aynı kalmıştır. Vazopressin memelilerde aynı zamanda savaş ya da kaç mekanizmasının en önemli elementi olduğu fark edilmiştir. Vazopressin, dövüşmek ve savunmada kalmak gibi erkek cinsiyetiyle ilişkili davranışlarla özdeşleştirilmiştir. Diğer taraftan oksitosin ise doğum ve emzirmeyle ilişkisi keşfedildiği için geleneksel olarak kadın hormonu olarak görülmüştür, Rathfisch (24).

Oksitosin, hipofiz arka lobundan salgılanır. Gebelik ilerledikçe uterustaki oksitosin reseptörlerinin sayısı artar. Oksitosin hormonu bu reseptörler sayesinde uterustaki özel hücreleri harekete geçirerek uterus kasılmalarına neden olur. Ayrıca doğum esnasında prostoglandinlerin (PGE, PGF₂) yapımını artırır. Oksitosin düşük miktarlarda amniyon hücrelerinde de yapılmaktadır. Oksitosin myometrial aktivite dışında annenin ön hipofizinden prolaktin salınımını uyarır, Taşkın (22), Rathfish (24).

Oksitosin cinsel ilişki, orgazm, doğum ve emzirme ile ilişkili olduğu için sevgi hormonu olarak isimlendirilmiştir. Hayvanlar üzerinde yapılan deneylerde oksitosinin, annelik içgüdüsünün oluşmasında anne ve bebek bağlanmasında başrolü oynadığı görülmüştür. Doğumdan sonra, devam eden yüksek oksitosin düzeyleri bebeğin annesinin göğsüne sokulması, dokunması ve yalamalarıyla gittikçe daha da yükselmeye başlar. Doğum sonrası bu oksitosin yükselmeleri uterusun kasılmasını devam ettirerek doğum sonrası kanamayı önler. Anne ve bebek arasındaki ten tene temas ve göz kontağı oksitosin salınımını doruğa ulaştırır. Doğumdan sonra, oksitosin düzeyi yaklaşık olarak yirmi dakika pik düzeyine ulaşır ve ilk saatin sonunda düşmeye başlar. Bebeğdeki oksitosin düzeyi de doğum sonrası aynı şekilde yirmi dakika içinde pik noktaya ulaşılır. Böylelikle anne ve bebek sevgi hormonu olan oksitosin ile sarmalanır. Emzirme sırasında oksitosin, sütün süt kanallarında dışarıya doğru atılmasını sağlayan fırlatma refleksi oluşturur, Rathfish (24).

4.1.1.2. Prostoglandinler

Doğumu esas başlatan faktör olarak kabul edilir. Doğum sırasında ekstraamniotik dokularda arttığı, kasta Ca⁺⁺ depolanmasını ve gap-junctionları arttırdığı saptanmıştır. PGE₂ ve PGF₂ α aynı etkilere sahipken servikal olgunlaşmadan PGE₂ sorumludur, Köker (25).

4.1.1.3. Fetal kortizol

Fetal adrenallerden salgılanıp plasenta üzerinde etkili olan kortizol düzeyinin artması sonucunda progesteron yapımı azalmakta ve prostoglandin salınımı artmaktadır, Taşkın (22).

4.1.1.4. Kortikotropin releasing hormon

Kortikotropin releasing hormonun doğum eyleminin başlamasında bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Kortikotropin releasing hormonun salınımı gebelikte artmakta, termde ise miktarında fazla bir artış görülmektedir. Kortikotropin releasing hormon gebelikte en fazla plasentadan salgılanır. Bu hormon aynı zamanda prostoglandin salınımını sağladığı da bilinmektedir, Taşkın (22).

4.1.1.5. Estrojen ve progesteron

İnsanlarda estrojen ve progesteron arasındaki denge gebeliğin devamını sağlayan önemli bir faktördür. Yapılan son araştırmalara göre, östrojen ve progesteron doğum eylemiyle ilgili ilk hareketlenmede sahneye çıkan ve diğer hormonal sistemleri aktive eden, baskılayan ya da yeniden düzenleyen cinsiyet hormonlarıdır. Estrojen uterusun düz kaslarında kontraksiyon yaparken, progesteron gevşetici etkiye sahiptir. Progesteron uterusun düz kaslarının kasılmasını ve prostoglandin oluşumunu engeller. Estrojen ise uterusu olan kan akımını artırır. Gebelikte estrojenin gap-junction (GJ) oluşumunu arttırdığı saptanmıştır. Gap-junction hücreler arası kanallardır ve iki hücre arasındaki iletişimi sağlarlar. Bu iletişim sayesinde uterus tek bir motor gibi ünite şeklinde davranarak fetus ve plasentanın doğum kanalından atılmasını sağlar, Taşkın (22), Rathfisch (24).

Oksitosin ve progesteron hormonlarının doğum eyleminin başlaması üzerine kritik ve kompleks rollerinin olduğu düşünülmektedir. Bu etkilerin, hormonal düzeylerdeki değişim ile olabileceği ya da uterus üzerindeki bölgesel etkileri ile gerçekleşebileceği olasılıkları düşünülmektedir. Östrojen aynı zamanda uterusu ki oksitosin reseptörlerinin (alıcılarının) ve gebeliğin son haftalarında da uterusun kas hücreleri arasındaki bağlantıyı sağlayan ara kavşakların sayısını artırır. Böylelikle doğum eyleminde uterus kasılmalarının koordinasyonu için gerekli elektriksel düzenleme etkin hale gelmiş olur. Doğuma hazırlık için, östrojen ve progesteron aynı zamanda birlikte beyindeki spinal kortta bulunan ağrı algısını azaltacak yolları da aktive eder, Rathfisch (24).

4.1.1.6. Beta-endorfin

Beta-endorfin, meperidin ve morfin gibi benzer özellikler gösteren vücudun doğal ağrı kesicileridir. Beta-endorfin, diğer ağrı kesici ilaçlarda olduğu gib beynin aynı resöptörleri (alıcı hücre) üzerinde çalışmaktadır. Stres ve ağrı durumunda hipofiz bezinden beta-endorfin salgılanması artmaktadır. Bu hormon, doğal ağrı kesiciler gibi hareket eder ve fizyolojik dengeyi korur. Beta-endorfin, ayrıca güçlü bir ödül sistemini de aktive eder. Cinsellik, doğum ve emzirme gibi üremeye yönelik aktivitelerle ilişkili ödüllendirme ve memnuniyet duygularının oluşmasına neden olur. Ayrıca bebekten anneye geçen yabancı genetik maddelere karşı anneyi korumak için annenin immün sistemini de baskılar. Ağrı kesicilerin bağımlılık yaratması gibi, beta-endorfin de stresin etkilerini azaltarak kişide mutluluk, neşe, coşku ve güven duygularını yükseltir. Doğum eylemi süresince kadındaki beta –endorfin düzeyi gittikçe yükselir ve tam doğum anında maksimum düzeye ulaşır. Doğumdan sonra ilk bir-üç saat içinde beta –endorfin düzeyi önemli miktarda azalmaya başlar ve doğumdan sonraki bir-üçüncü günde tekrardan normal seviyesine ulaşır, Rathfisch (24).

Bebekte anne karnındayken beta-endorfin salgılar. Bunun yanında beta –endorfin plasenta dokusundan ve amniyon ve koryon zarlarından da salgılanır. Doğumdan sonra plasentada bulunan beta-endorfin düzeyi anne karnındakinden daha yüksektir. Özellikle son zamanlarda göbek kordonunun erkenden kesilmesinin, annenin ve bebeğin, anne-bebek bağlanmasında etkili olan plasental beta-endorfin moleküllerinden mahrum kalmasına neden olduğu üzerinde durulmaktadır. Fiziksel temas ve emzirmeyle yükselmiş olan beta-endorfin düzeyleri doğumdan sonraki ilk saatler içinde anne ve bebek arasındaki etkileşimi güçlendirir. Bunun yanında hem annenin hem de bebeğin güçlü memnuniyet ve coşku duyguların içinde olmasını sağlar. Beta-endorfinler emzirmede çok önemlidir. Emzirme başladıktan sonra beta-endorfin düzeyi yimi dakika içerisinde pik düzeyine ulaşır. Beta-endorfin anne sütünde de bulunmaktadır. Araştırmada sezaryen olan anneler ile kıyaslandığında, vajinal doğum yapan annelerin sütünde doğum sonrası dört gün içinde beta-endorfin düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur, Rathfisch (24).

4.1.1.7. Katekolaminler (adrenalin ve noradrenalin)

Savaş ya da kaç hormonlarından olan adrenalin ve noradrenalin (epinefrin ve norepinefrin) katekolaminler olarak bilinen hormon grubunun parçasıdır. Bu hormonlar açlık, korku, soğuk ve bunlara ek olarak heyecan içinde olmak gibi stresli durumlara bir yanıt olarak vücut tarafından üretilirler. Bu hormonlar hep birlikte savaşmak ya da kaçmak için sempatik sinir sistemini uyarır. Doğum eyleminde, kadındaki katekolamin düzeyleri yavaşça ve dereceli olarak yükselir ve tam olarak bebeğin doğum kanalından dışarı çıkışında pik düzeye ulaşır. Bebek doğum kanalından dışarı doğru başın üzerinde olan basınç nedeniyle bebekte katekolamin hormonlarında özellikle de noradrenalin düzeyinde göze çarpan bir dalgalanma olur. Bu dalgalanma bebeğin uterus dışındaki yaşama uyumunda çok önemli rol oynar. Bu hormonlar glikoz, serbest yağ asitleri düzeylerini arttırarak bebeğin metabolizmasına yardımcı olur. Ayrıca katekolaminler akciğerdeki amniotik sıvının emilimini surfaktan üretimini arttırarak bebeğin rahim dışındaki yaşama düzeylerini arttırarak bebeğin uterus dışındaki yaşamına uyumunda yardımcı olur. Bunun yanında katekolaminler bebeğin vücut ısısının korunmasına yardımcı olur, kalbin kasılmasını artırır, solunumu uyarır ve bebeğin reflekslerini ve tonusunu düzenler, Rathfisch (24).

Doğumda yüksek katekolamin düzeyi, ayrıca bebeğin göz bebeklerini genişletir ve anne ile olan ilk temasta bebeğin uyanık durumda olmasını sağlar. Bebekteki katekolamin düzeyleri de, sorunsuz ve müdahalesiz, doğal ilerleyen durumlarda doğum sonrasında hızlıca düşer. Anneyle olan bu temas da bu hormonların düzeyini gittikçe azaltır. Ancak noradrenalin düzeyleri doğumdan sonra ilk on iki saat süresince normal değerlerin üzerinde seyreder. Vajinal doğumun neden olduğu bebekteki yüksek noradrenalin düzeyleri, bu süreç içinde koklama duyusunun gelişmesinde etkili olmakta ve bebeğin annesinin kokusunu tanıyıp ayırt etmesine yardımcı olmaktadır, Rathfisch (24).

Doğum eyleminde kadın stres hormonu adrenalin salgılamakta oksitosin salgılayamaz. Dolayısıyla oksitosin düzeyi azalmaya başlayacağından doğum eylemi daha da uzayacak ve kadında daha fazla tükenme ve yorgunluk olacaktır. Oksitosin düzeyinin

azalması beraberinde beta-endorfin üretimini de azaltacağından kadının doğum ağrısına tahammülü azalacaktır. Sonunda ilerlemeyen doğum eylemi tanısı ile doğuma müdahalelerde bulunulacaktır. Normalde doğumdan sonra, annedeki katekolamin düzeyi çok hızlı düşer. Eğer anneyi sıcak tutmak için yardımcı olunmazsa, soğuk strese neden olacağından annede katekolamin düzeyi yüksek kalacaktır. Yüksek katekolamin düzeyi de uterusun kasılmasını baskılayarak doğum sonrası kanam riskini artıracaktır, Rathfisch (24).

4.1.1.8. Prolaktin

Annelik hormonu olarak bilinen prolaktin, gebelik ve emzirme süresince hipofiz bezinden salgılanır. Prolaktinin gebelik döneminde annenin memelerinin gelişmesinde ve doğum sonrasında da anne sütünün üretiminde görev aldığı bilinmektedir. Prolaktinin, süt üretimiyle ilgili etkisi, gebelik sırasında plasentadan üretilen yüksek progesteron düzeyi nedeniyle engellenir. Plasentanın doğumu ve arkasından progesteron hormonunun düşmesiyle birlikte prolaktin süt üretimini uarmaya başlar. Ayrıca tüm memelilerde, plasentadan salgılanan human plasental laktojen (hPL) hormonunun da süt üretiminde etkisi olmaktadır. Human plasental laktojen hormonda aynı prolaktin gibi gebelik süresince yükselir ve beyinin anneliğe özgü duygu ve davranışların geliştirilmesine yardım eder, Rathfisch (24).

Gebelik süresince prolaktin düzeyi gittikçe yükselirken doğum eyleminde prolaktin düzeyi gittikçe azalmaya başlar ve serviks açıklığı tamamlandığında ise en düşük seviyeye iner. Doğum sonrasında ise prolaktin, hızlıca yükselir ve iki üç saat içinde pik noktasına ulaşır. Doğum sonrasında prolaktin düzeyindeki bu yükselme, bu süre içinde anneliğe özgü davranışların etkili olması, başarılı bir süt üretimi ve emzirmenin gerçekleşmesi açısından önemlidir. Prolaktin üretimi emzirme süresince her ne kadar geceleri en yüksek seviyesinde ulaşsa da emzirme sıklığı ve süresiyle de doğrudan ilişkilidir. Uterus içinde bebek prolaktin üretmektedir. Prolaktin ayrıca, anne sütünde de bulunmakta ve büyük miktarda bebeğin dolaşımına da katılmaktadır. Yine yapılan bir çalışmaya göre, prolaktin, bebeğin nöroendokrin sisteminin gelişmesinde ve olgunlaşmasında önemli bir rol oynadığı yönünde kanıt

bulunmaktadır. Bu durum kısmen de olsa emzirilen bebeklerin yüksek IQ ve beyin gelişmesinde sahip olmasını açıklayabilir, Rathfisch (24).

4.1.2 Doğumda Yapılan Müdahale ve Uygulamalar

Doğal doğum, kadının kendi içgüdülerinin rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve mümkün olduğunca müdahalelerin olmadığı bir doğum eylemidir. Doğum, doğal ve aktif olarak ilerlediğinde annenin bedenindeki hormonları harekete geçirmekte ve doğumun doğal ve sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesine yol açmaktadır. Normal ilerleyen bir doğuma müdahale edilmemelidir. Müdahale edilmesi doğumun akışını bozabilir ve doğumun sağlıklı bir şekilde sonuçlanmasına engel olabilir. Müdahaleler, ancak tıbbi bir endikasyon mevcut ise uygulanmalıdır.

Müdahaleli doğum uygulamaları;

- Lavman
- Amniyotomi
- İndüksiyon
- Fundal bası
- Forseps ve vakum
- Epizyotomi
- Analjezi kullanımı

Doğumu destekleyici uygulamalar;

- Aktif harekte etme
- Oral alımın sağlanması
- Ten tene temas

4.1.2.1. Lavman

Doğum eyleminin latent fazında lavmanla barsakların boşaltılması genellikle yapılan bir işlemdir. Lavman, eylemin aktif faza geçtiği, dilatasyonun ve angajmanın ilerlediği ya da annede kanamalı bir durum söz konusu olduğu durumlarda kontroendikedir, Taşkın (22). Yapılan çalışmalar doğum esnasında lavman

kullanımının puerperal ve neonatal enfeksiyon oranları üzerine etkisi olmadığını göstermiştir, Reveiz et al (26).

4.1.2.2. Amniyotomi

Amniyotik membranların suni olarak açılmasıdır. Bazen doğum eylemini başlatmak veya hızlandırmak amacıyla kullanılabilir. Membranlar açıldıktan sonra 24 saat içinde doğum gerçekleşmezse enfeksiyon riski artar. Eğer baş yerleşmeden amniyotomi yapılmışsa umbilikal kord prolapsusu olabilir, Taşkın (22). Yapılan çalışmalarda amniyotomi uygulamasının doğumun süresi üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir, Smyth et al (27). Ateşer ve ark (2005) tarafından İstanbul’ da yapılan araştırmada kontrol grubundan (su kesesi kendiliğinden açılmış olanlarda) çalışma grubunun (amniyotomi yapılan ve gerekli durumda oksitosin uygulanan) travay süresinin 136.23 dakika (2.27 saat) kısa olduğu saptanmıştır. Fakat sezaryen oranı çalışma grubuyla kıyaslandığında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamakla birlikte daha düşüktür, Ateşer ve ark (28). Yapılan randomize kontrollü çalışmada spontan doğumun 1. Evresinde amniyotomi ve kontrol grubundaki kadınlar arasında sezaryen doğum, doğum deneyimiyle anne memnuniyeti, 5. Dakika apgar skoru 7 den az olması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır, Smyth et al (27).

4.1.2.3. İndüksiyon

Eylemin indüksiyonu, vajinal doğumu kolaylaştırmak için spontan olarak başlamadan önce uterus kontraksiyonlarını suni olarak başlatma girişimidir. Eylemin hızlandırılması için ise, vajinal doğumu kolaylaştırmak için eylem süresince uterus kontraksiyonlarını uyarma girişimidir, Gilbert and Harmon (29), Demirel ve Çelik (30), Aran ve ark (31).

DSÖ doğum induksiyonunu endikasyonlarını 2011 yılında yayınladığı rehber ile belirlemiştir. Gebelik süresi 41 hafta üzerinde olduğunda ve erken membran rüptürü olduğunda doğum indüksiyonu önerilmektedir. Doğum eylemi indüksiyonunda düşük doz vajinal prostaglandinlerin temin edilemediği durumlarda intravenöz oksitosinin tek başına ya da oral misoprostolun (25 µg, 2 saat aralıklarla) veya

düşük-doz vajinal misoprostolun (25 µg, 6 saat aralıklarla) uygulanabileceğini öneri olarak sunmaktadır. DSÖ doğum induksiyonunda balon uygulamasını ya da prostaglandin veya misoprostolun temin edilemediği durumlarda ise balon ve oksitosin kombinasyonunun uygulanabileceğini belirtmektedir, Yörük ve ark (32).

Fetusun, gebeliğin devam etmesiyle risk altına girdiği durumların doğumdan sonra oluşabilecek risklerden daha fazla olduğu durumlarda eylem induksiyonu-doğum önerilir. Yüksek riskli gebeliklerde 38-39. haftalarda bu denge doğum lehine kayma gösterir. Yüksek riskli gebeliklerde vajinal doğumun kontrendike olduğu durumlar dışında doğum eyleminin induksiyonunun planlaması yapılırken, gestasyonel yaş ve/veya fetal pulmoner olgunluk mutlak değerlendirilmelidir. Yüksek riskli olmayan gebeliklerde ne zaman doğumun önerilebileceği halen tartışmalı bir konudur. Ancak yüksek risk hasta grubunda gebeliğin postterm döneme bırakılmaması gerekir, çünkü bu gebelerin doğumlarının 38-39 gebelik haftasında sonlandırılmaları yararlarına olacağı gösterilmiştir, Kandemir ve Yalvaç (33).

Doğum eylemi induksiyonunun endikasyonları;

Köker (25), Demirel ve Çelik (30)

Miad aşımı gebelikler,
Membranların erken rüptürü,
Koryoamnionitis,
İntrauterin büyüme geriliği (IUGR),
Rh izoimmunizasyonu,
Gebelikte hipertansif olaylar,
Dekolman plasenta,
Lojistik faktörler (hastaneye olan uzaklık, psikososyal durumlar gibi),
Maternal kronik renal, pulmoner hastalıklar,
Fetal distres şüphesi,
Fetal ölüm
Gebeliğin sonlandırılması gereken durumlar

Doğum eylemi indüksiyonunun kontraendikasyonları;

Doğum eyleminin indüksiyonunda uterin, maternal ya da fetal nedenli pek çok kontrendikasyon vardır. Aşağıdaki durumlar doğum eyleminin indüksiyonu için kesin kontrendikasyon olarak kabul edilir, Köker (25), Demirel ve Çelik (30).

- Klasik uterin insizyon varlığı
- Aktif genital herpes enfeksiyonu
- Plasenta previa ya da vasa previa varlığı
- Kordon sarkması,
- Bazı fetal malprezentasyonlar (transvers situs gibi)
- Fetal nedenler (belirgin makrozomi, hidrosefali)
- Uygunsuz maternal pelvis
- Geçirilmiş uterin cerrahiler (myomektomi, metroplasti, kontrolsüz derin küretaj, klasik kesi ile seksiyö abdominalis gibi.)
- Baş pelvis uygunsuzluğu
- Çoğul gebelikler
- Plasental patolojiler edilmektedir.

Doğum indüksiyonu için kullanılan metodlar; Kandemir ve Yalvaç (33)

- Membranların sıyrılması (sweeping-stripping),
- Amniotomi,
- Mekanik dilatasyon (balon kateter, laminaria, ve sentetik osmotik dilatatörler),
- Farmakolojik preparatlar (prostaglandin E2, oxytocin, misoprostol, mifepristone, relaxin

Oksitosin indüksiyonunun, hiperstümülyasyon, taşisistol, ablasyo plasenta, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik, neonatal hiperbilirübinemi, uterus rüptürü, fetal distres, doğum sonu kanama ve enfeksiyon, epidural anestezi kullanımı, fetal distres ve ölüm gibi komplikasyonlar olduğu bildirilmiştir, Demirel ve Çelik (30).

Yaş, parite, vücut kitle indeksi, boy, doğum ağırlığı, serviksin durumu ve uygulanan indüksiyon yöntemi doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörlerdir. Genç, multipar, uzun boylu, zayıf kadınlarda, doğum ağırlığı düşük bebeklerde ve ileri gebelik haftalarında doğum indüksiyonunun başarı şansı artmaktadır, Çetinkaya ve Söylemez (34).

Servikal olgunlaşma (servikal incelme, yumuşama ve dilatasyon), doğum eyleminin başlamasında kritik öneme sahiptir. Doğum indüksiyonunun başarısını öngörmede ve servikal olgunlaşmayı sağlayan ajanların kullanılıp kullanılmaması kararını vermede serviksin durumunu değerlendirmek için en sık modifiye Bishop skoru kullanılmaktadır. İlk kez 1964 yılında tanımlanmış olan Bishop skorlaması, esas olarak multipar kadınlarda muayeneden ne kadar sonra spontan doğum eylemine girdiklerinin belirlenmesi ile ortaya çıkmıştır, Çetinkaya ve Söylemez (34). Servikal açıklık, silinme, kıvam, pozisyon ve fetüsün konumu bishop skoru çizelgesine konularak değerlendirilir, Cunningham et al (19). Bishop skorlama metoduna göre 6 puan ve üzeri puan alması gerekmektedir, Köker (25). Bishop indüksiyona hastanın hazır oluşuğunu tespit etmek için 13 sayılık bir puan sistemi geliştirmiştir. Bishop, multiparlar için toplam 5 ve üzeri, nulliparlar için toplam 9 ve üzeri puan alındığında indüksiyon işleminin başarılı olduğunu bulmuştur, Gilbert and Harmon (29).

Tablo 4.1: Bishop servikal skorlama sistemi tablosu

| Puan | | | | |
|----------------------|--------|--------------|---------|------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Servikal açılma | - | 1-2 cm | 3-4 cm | 5 cm ve |
| Servikal silinme | %40 | %40-50 | %60-70 | %80 ve |
| Servikal pozisyon | Arkada | Orta hatta | Önde | |
| Servikal sertlik | Sert | Orta sertlik | Yumuşak | |
| Fetal başın seviyesi | -3 | -2 | -1, 0 | +1 veya +2 |

Köker (25), Hurt et al (35)

Bishop skoru ile doğum indüksiyonunun başarısı arasındaki ilişki açık olmakla birlikte, bu skorlamanın prediktif değerinin düşük olduğu, muayene eden kişiye göre değişiklik gösterebildiği ve aslında serviksi olgun olmayan kadınlarda dahi çoğu zaman vajinal doğumun gerçekleştiği düşünülerek, başka yöntemlerin arayışına gidilmiştir. Bu yöntemlerden üzerinde en çok çalışılanlardan biri, transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunluğun değerlendirilmesidir, Çetinkaya ve Söylemez (34). Kumru ve ark (2004) tarafından Elazığ'da doğum indüksiyonu uygulanan gebelerde yapılan araştırmada uygun olmayan serviks varlığında serviksin olgunlaştırılması ve doğumun indüklenmesi amacıyla intravajinal dört saatte bir 50µg misoprostol uygulamasının etkin ve güvenli olduğu kanatine varılmıştır. Çalışmaya katılan gebelerde sezaryen sıklığı %10.8 olarak bulunmuştur.(Çalışma olgu sayısının (37 gebe) ve çeşitliliğin sınırlı olması nedeniyle kısıtlıdır), Kumru ve ark (36).

Baytur ve ark (2004) tarafından Manisa'da yapılan araştırmada doğum indüksiyonu uygulanan gebelerde indüksiyon - doğum süresi ile serviks uzunluğu indüksiyon - doğum süresi ile serviks uzunluğu, dilatasyon, efasman ve Bishop skoru korelasyon gösterirken (sırasıyla $r: 0.448$ $p<0.0001$, $r:-0.382$ $p<0.0001$, $r:- 0.357$ $p:0.02$, $r:-0.261$ $p:0.01$) parite, yaş ve indüksiyon ajanı ile doğum süresi arasında korelasyon bulunamamıştır. Hastaların %88'inde indüksiyon ajanı olarak oksitosin kullanılırken, geri kalan %12 hastada vajinal misoprostol kullanılmıştır. Hastaların %18.6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır, Baytur ve ark (37).

Göynüner ve ark (2006) tarafından İstanbul'da Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) ile Sezaryen Sonrası Elektif Sezaryen (SSES) olgularını maternal ve fetal komplikasyonlar yönünden karşılaştırmak ve SSVD risklerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada SSVD grubunda oksitosinle doğum yapanlarla spontan doğum yapanlar arasında, uterin komplikasyon (kollum laserasyonu, skar dehissansı, rüptür, atoni) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır, Göynüner ve ark (38).

Yörük ve ark (2013) tarafından Ankara'da primigravid hastalarda doğum eylemi indüksiyonunda sık kullanılan ajanlardan dinoproston ve oksitosin kullanımlarının ayrı ayrı ve birlikte kullanımlarının etkinliğini ve güvenilirliğini, maternal ve perinatal komplikasyonları karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmada 3 grup oluşturulmuştur. İntravajinal dinoproston uygulanan hasta grup 1'i, intravenoz oksitosin uygulanan hasta grup 2'yi oluşturdu. Grup 3'u oluşturan hastalara ise önce dinoproston, takibinde ise oksitosin uygulandı. 3 grup latent süre ve aktif süre açısından karşılaştırıldığında dinoproston uygulanan hastalarda aktif sürenin anlamlı olarak daha kısa olduğu saptanmıştır. Bu üç grup sezaryen oranı açısından karşılaştırıldığında grup 1 ve 3'de grup 2'ye göre anlamlı olarak daha fazla sezaryen uygulandığı görüldü. Maternal ve perinatal sonuçlar açısından 3 grup arasında fark bulunmadığı saptanmıştır, Yörük ve ark (32).

Dündar ve ark (2006) tarafından Elazığ'da doğum indüksiyonu uygulanan araştırmada kullanılan yöntemlere cevap vererek 24 saat içerisinde vajinal doğum yapan gebelerde ortalama travay süresi misoprostol sonrası oksitosin uygulanan 1. grupta 5.5 ± 2.7 saat, sadece oksitosin uygulanan 2. grupta ise 6.4 ± 3.2 saat olarak bulundu. Her 2 grup arasında indüksiyon – doğum zamanı arasında 1. grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı, Dündar ve ark (38).

Yapılan randomize kontrollü çalışmada gecikmeli doğumu hızlandırmak için yüksek doza karşı düşük doz oksitosin kullanılmıştır. Yüksek doz oksitosin kullanılan grupta sezaryen oranında azalma, spontan vajinal doğum oranında artma vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Enstrümantal vajinal doğum, epidural analjezi, hiperstimülasyon, doğum sonu kanama, koryoamniotis ve kadınları doğum deneyim algıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Neonatal sonuçlar için: apgar skoru, umbilikal kord Ph, YDYB kabulü, neonatal ölüm açısından gruplar arasından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır, Kenyon et al (40).

4.1.2.4. Fundal bası

Fundal bası, doğumun ikinci evresinde elle fundustan doğum kanalına doğru basınç yapılarak spontan vajinal doğuma yardım yöntemidir. İkinci evrenin uzamasını ve operatif doğumu önlemek için rutin yapılmaktadır. Ancak fetal distress, ilerlemeyen travay, annede bitkinlik gibi tıbbi komplikasyon durumlarında uzun süreli bastırmak örneğin anne kalp hastalığı varsa kontroendikedir, Verheijen et al (41).Yapılan çalışmalar, fundal basının ikinci evreyi kısaltmasına rağmen maternal ve neonatal olumsuz sonuçlara neden olduğunu bildirmiştir, Hasegawa et al (42), Moitety and Azzam (43).

4.1.2.5. Forseps ve vakum

Forseps bir traksiyon aletidir. Fetus başının rotasyonunu sağlamak ve doğuma yardımcı olmak amacıyla kullanılır. Forsepsi kullanan doktorun hem fetüsü koruması, hem de perine dokularını travmatize etmemesi gerekir. Forseps ile doğum anneye daha çok ağrı vereceği için lokal anestezi uygulanmalıdır. Forseps kullanımı günümüzde pek yaygın değildir, Taşkın (22). Forsep uygulamak için; fetal baş angaje olmalı, serviks tam açılmış olmalı, mesane boş olmalı, başın pozisyon ve evresi tam olarak bilinmeli, maternal pelvis uygun olmalıdır, Hurt et al (35).

Vakum aleti ile vakum pompasına bağlı bir çan yardımıyla saçlı fetal deriye negatif basınç etkisi oluşturulur, başa traksiyon uygulanır ve fetüsün pelvisten geçişi sağlanır. Kullanım endikasyonları arasında; doğumun ikinci evresinin uzaması, ıkmayı engelleyen maternal hastalıklar (kalp hastalığı, nörolojik problemler), doğumun hızla gerçekleşmesini gerektiren fetal distres mevcudiyeti yer alır. Vakum uygulanabilmesi için en az 8cm servikal açıklık gelişmiş, amnion zarı açılmış, fetus verteks prezentasyonunda ve baş angaje olmuş, yeterli anestezi sağlanmış, epizyotomi uygulanmış olmalıdır. Deneyimli bir hekim tarafından uygulanmalı ve sezaryen yapılabilecek koşullar hazır tutulmalıdır. Yüz ya da makat prezentasyonu, sefalopelvik uygunsuzluk, konjenital fetal baş anomalileri, 34 haftanın altında gestasyonel yaş, tahmini fetal ağırlığın 2000gr'dan az ya da 4000gr'dan fazla olduğu durumlar vakum uygulamasının kontraendikasyonlarıdır, Karakuş ve ark (44).

Vakum uygulaması sonrasındaki maternal komplikasyonlar arasında üretra ve mesane yaralanmaları, servikal, vajinal, perianal laserasyonlar, vajinal hematoma, kan kaybı, anemi, üriner ve fekal inkontinans yer alır, Karakuş ve ark (44), Sanhal ve ark (45). Fetal komplikasyonlar arasında kafa derisinde ezilme, laserasyon ve ödem, KS (kaput suksedaneum; cilt ile epikranyal aponevrozis arasında, periostun dışında oluşan, süturaları aşabilen ödem), SH (sefal hematoma; süturaları aşmayan subperiostal hemoraji), subgaleal hematoma, intrakranyal kanama, subkonjunktival ve retinal kanama, klavikula kırığı, yenidoğan sarılığı, fetal ölüm sayılabilir, Karakuş ve ark (44), Sanhal ve ark (44). Karakuş ve ark (2014) tarafından İstanbul'da yapılan araştırmada vakum ile doğum yaptırılan toplam 126 yenidoğandan 21'inde (%16.6) sefal hematoma, 54'ünde (%42.8) kaput suksedaneum gelişmiş, hiçbir yenidoğanda intrakranial kanama, subgaleal hematoma ya da ölüm izlenmemiştir, Karakuş ve ark (44).

Günümüzde kullanılan disposable vakum modelleri birçok komplikasyonların azalmasını sağlayabilir. Royal College'ın bildirdiğine göre; The Kiwi™ OmniCup operatif vajinal doğumlarda etkili ve güvenlidir. Henüz yeterince araştırma yapılmış olmasa da UK temelli bir çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında Kiwi OmniCup grubunda deney grubunda vajinal doğum başarısı daha iyi değildir. 194 vakum doğum yapan kadın üzerinde yapılan bir çalışmada standart cup uygulamasında başarısızlık oranı %21 iken Kiwi OmniCup grubunda %34 bulunmuştur. 404 kadında yapılan başka bir araştırmada oksipito-anterior doğumlarda başarısızlık oranı geleneksel vakum ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (%25.9 ve %16.8). En son yapılan gözlemsel araştırmada Kiwi OmniCup kullanılan 1000 doğumda başarısızlık oranı %12.9'dur, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (46).

4.1.2.6. Epizyotomi

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetus başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde bulbo-kavernos kasına yapılan cerrahi bir insizyondur, Kartal ve ark (47) .

Epizyotominin yararlılığı hakkında tartışmalar hala devam etmektedir. Çok merkezli bir pilot çalışma 200 nullipar kadında yapılmıştır. Obstetrik anal sfinkter yaralanma insidansı her iki grupta benzer bulunmuştur. Bu çalışmada sınırlandırılmış epizyotomi kullanımı rutin epizyotomi kullanımı ile karşılaştırıldığında forseps doğum için anal sfinkter yırtılması açısından fark yoktur ve vakum doğumlar için ise anal sfinkter yırtığı oranı daha düşüktür. 323 operatif vajinal doğumun tarandığı US kaynaklı bir çalışmada epizyotomi ve perineal travma (üçüncü ve dördüncü derece yırtıklar) arasındaki ilişki değerlendirildi. Epizyotomi kullanımı forseps doğum için perineal travma riskini etkilemedi, ancak vakum doğumlarda perineal travmanın artması riski vardır, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (46).

Epizyotominin yapıldığı durumlar:

- Fetal hipoksiyi önlemek,
- Forseps, vakum kullanımı gerektiren müdahaleli doğumların ya da makat prezantasyonların ikinci evrenin kısaltılması,
- Spontan perine laserasyonunun önlenmesi,
- Anal sfinkterin korunması,
- Perine onarımının kolay olmasının sağlanması,
- Doğum sonrası kısa ve uzun vadeli pelvis ve perine problemlerinin önlenmesi amacıyla uygulanır.

Ayrıca annenin kalp yetmezliği gibi doğum sırasında fazla ıkmmasının engellenmesi gereken durumlarda, rijit perinede, makrozomik fetüsde, gelen kısım perineye dayandığı halde beş dakika içinde doğum olmamış ise, önceki doğumlardan kalma skar dokusu olduğunda, forseps ve vakum uygulamalarında da epizyotomi uygulanmaktadır, Dönmez ve Sevil (48).

4.1.2.7. Doğumda analjezi kullanımı

İlk kez 1853'de Kraliçe Victoria'nın doğum yaparken ağrıyı ortadan kaldırmak için anestezi ajanlarının kullanılması ile doğum analjezisi gündeme gelmiştir. Rejyonel anestezi tekniklerinin gelişmesiyle birlikte son 20 yıldır doğumda analjezi yaygınlaşmıştır, Özyuvacı (49).

Doğum ağrısının oluşumunda 10., 11. ve 12. torasik spinal seviyelerden ve 1. lumbal spinal seviyeden geçen sinirler, doğumun ikinci evresinde vajen ağrısından 2., 3. ve 4. sakral spinal seviyeden geçen sinirleri sorumludur. Bu sinirler epidural ve spinal boşluğa ilaç verilmesi ile bloke edilebilir. Ancak amaç, doğum anestezi değil doğum analjezi oluşturmak olmalıdır. Analjezi sadece ağrı duyusunun kabiyken anestezi tüm duyuların kaybı anlamına gelir. Obstetrik anestezide en önemli ve ilk hedef güvenlik olmalıdır. İkinci hedefte ise epidural ve subaraknoid lokal anestezi uygulamasına bağlı annenin bacaklarında oluşan kas güçsüzlüğünü önleme ve en aza indirmektir, Çelik ve ark (50). Doğum analjezisinde amaç alt trokal ve sakral segmentlere yansıyacak ağrının tüm travay süresince kontrol edilmesidir. Bu amaçla L3-L4 veya L4-L5 aralığından epidural sahaya kateter yerleştirilir, Yıldızhan ve ark (51).

Epidural anestezinin maternal endikasyonları; ağrısız doğum, hipertansiyon, maternal riskler, çoğul gebeliktir. Fetal endikasyonları ise; Erken doğum, intrauterin fetal kayıp, veya anomali, makadi geliş, plasental yetmezlik, uterusun düzensiz kasılmasıdır. Epidural anestezide; gebenin yöntemi benimseyemeyişi, sistemik veya girişimin yapılacağı yerde enfeksiyon, pıhtılaşma bozukluğu, sepsis, kafa içi basınç artışı mutlak kontrendikasyondur. Vertebral kolonda anatomik bozukluk, demyelizan hastalıklar, periferik nöropati, gebenin koopere olmaması ise göreceli kontrendikasyonlardır. Epidural anestezideye bağlı olarak sistemik hipotansiyon, yetersiz analjezi, lokal anestezinin venöz kaçıışı, duranın perforasyonu, bloğun yüksek veya total seviyeye çıkması, yoğun motor blok, idrar retansiyonu, sırt ağrısı ve uterus distonisi gibi komplikasyonlar gelişebilir, Yıldızhan ve ark (51).

Köşüş ve ark (2007) tarafından Konya'da doğum eylemi spontan başlamış ya da indüksiyon ile başlatılmış nulliparlarda yapılan araştırmada epidural analjezi uygulanan grupta doğumun 1. evresi istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısaldı. 2. evresi kontrol grubuna göre daha uzun bulunduğu saptanmıştır. Epidural analjezi yapılan grupta oksitosin ile indüksiyon ihtiyacı kontrol grubuna göre daha yüksek oranda görülmüştür. Epidural analjezi grubunda en sık rastlanan yan etkiler bulantı, kusma, bas ağrısı ve hipotansiyon olarak saptanmıştır, Köşüş ve ark (52). Özkan ve

ark (1999) tarafından yapılan araştırmada 91 nullipar gebenin 46'sına epidural analjezi uygulanmış, 45 gebe de kontrol grubunu oluşturmuştur. Epidural analjezi uygulanan grupta doğumun ikinci evresi ve m¼dahaleli doğum oranı belirgin biğimde y¼ksek saptanmıştır, ¼zkan ve ark (53).

4.1.2.8. Aktif hareket etme

Sağlık kuruluşunda yatakta doğum yapmak daha yaygındır, ancak kadınlar ve bebekler için herhangi bir avantajı olduğuna dair kanıt yoktur. Bu y¼ntem, sadece sağlık personeli için daha uygun olmaktadır. G¼zlemsel ęalıřmalarda doğum sırasında kadının sırt ¼st¼ yatması uterin kontraksiyonlar ¼zerine olumsuz etki yaparak doğumun ilerlemesini engellemektedir. Supin pozisyon uterus vena kavaya bası yapacağından kalbe ven¼z d¼n¼ř azalacak, kardiyak output azalacak uterus ve diğer organlara giden kan akımı azalacaktır. Buna gebeliğin supin hipotansiyon sendromu denir, Gibbs et al (20), Lawrence et al (54).

G¼ng¼r ve Rathfisch (2009) tarafından yapılan araştırmada kanıta dayalı verilerin doğumun ikinci evresinde dik pozisyon almayı desteklediği saptanmıştır, G¼ng¼r ve Rathfisch (55). Doğum eyleminde, pozisyon değişikliklerinin (oturma, y¼r¼me, diz ę¼kme, ayakta durma, elleri dizleri ¼zerinde durma, doğum topu kullanma vb.) uterus kontraksiyonlarının etkin hale gelmesinde, doğum eyleminin ilerlemesinde ve doğum ağrılarının azalmasına yardımcı olduğuna inanılmaktadır. Pozisyon değişiklikleri aynı zamanda yer ęekiminden yararlanmayı kolaylaştırır ve doğum kanalını oluşturan kemik kısımların (pelvis kemiği)doğumun hızlanmasına yardımcı olacak şekilde gevşeyip ağılmasına neden olur. Araştırmalar pozisyon ve pozisyon değişirme sıklığının uterus aktivitesi ve etkinliği ¼zerinde ¼nemli bir etkiye sahip olduğunu bildirmektedir. Kadını rahat bir pozisyon alması için sık sık denetlemek, pelvis kemiği ile bebek arasındaki uyumu geliştirerek bebeğin doğum kanalına yerleşmesini kolaylaştırır. Kadın kendini rahatsız etmeyecek şekilde pozisyonunu değişirmeye devam ettikęe bebeğin doğum kanalındaki ilerleyişi de hızlanacaktır. Sırt¼st¼ pozisyondan kağınılmalıdır, ę¼nk¼ bu pozisyon doğumun ilerlemesini yavaşlatabilir ve b¼y¼k damarlar ¼zerinde basınca neden olarak kalbe kanın d¼n¼ř¼n¼ azaltabilir, Rathfisch (24). NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence)

(2007), kadınların doğum boyunca en rahat ettiği pozisyonu almasına ve hareket etmesine yardımcı olunması ve cesaretlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Aynı şekilde RCM (The Royal Collage of Midwives) (2008), doğum boyunca hareket etmenin bilinen, kanıtlanmış bir zararı olmadığını ve doğumda kadınların hareket etmeye cesaretlendirilmesinin önemi üzerinde durmaktadır, Serçekuş ve İsbir (56).

4.1.2.9. Oral alımın sağlanması

Bazı kültürlerde doğumda konforun artmasına sağlamak için yeme, içmeye izin verilmektedir. Ancak sağlık kuruluşlarında oral alım 1940'da Mendelson tarafından sınırlandırılmıştır. Mendelson'a göre; genel anestezi esnasında mide içeriğinin akciğerlere aspire edilmesi riski artmaktadır. Mide sıvısının doğal asit içeriği ve besin partiküllerinin varlığı tehlikelidir ve özellikle potansiyel olarak akciğer hastalıklarına ve ölümlere yol açabilir. 1940'dan beri obstetrik anestezi dikkate değer bir oranda değişiklik göstermiştir. Genel anestezi kullanımı daha iyi bir durumdadır ve rejyonel anestezi kullanımı artmıştır. Kadınlarda doğum esnasında oral alımın kısıtlanması memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Aynı zamanda yetersiz besin alımı, daha fazla ağrı hissedilmesine yol açmaktadır. Boş mide ya da daha az mide asidi, doğumun süresinin kısalacağını garanti etmez. Doğum esnasında kadınlar yeme ve içme istediklerinde onlara bir seçenek olarak sunulmalıdır. Doğumda anestezi ihtiyacı riski düşük olan kadınlarda doğum esnasında yeme ve içmenin sınırlandırılmasının herhangi bir yararı veya zararı yoktur. Besin alımının anestezi ihtiyacı riskini artırdığına dair bir kanıt yoktur, Singata et al (57).

4.1.2.10. Ten tene temas:

Erken ten tene temas, doğumda ya da hemen sonrasında prone (yüzüstü yatar) pozisyonda annenin çıplak göğsüne yerleştirilmesidir. Dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşal uyaranlar aracılığıyla erken ten tene temas diğer etkilerinin yanı sıra maternal oksitosin salınımı sağlayan güçlü bir vagal stimülandır. Oksitosin, annenin meme sıcaklığının yükselmesine sebep olur ve annenin anksiyetesini azaltarak, sakinliğini ve sosyal duyarlılığını artırır. Doğumdan sonraki ilk saatlerde, oksitosin ebeveynlik davranışlarını da geliştirerek, bağlanmayı artırabilir. Yenidoğan döneminin ilk üç günündeki anne-bebek yakınlığı son derece önemlidir. Sezaryen ile

doğum yapan annelerle karşılaştırıldığında vajinal doğum sonrası bebekleri hemen yanlarına verilen annelerin, sarılma ve şefkat dolu davranışları daha fazla gösterdikleri dikkati çekmiştir, Güleşen ve Yıldız (58).

Anne ve bebek arasındaki ilk temas önemlidir. Ten tene temasın anne ve bebek açısından yararları bulunmaktadır. Ten tene temasın yararlı etkileri; beden ısısını düzenlemesi, kan şekerini ve stres seviyesini azaltmasıdır. Doğum sonrası anne ve bebek birbirinden ayrıldığında her ikisinde de stres hormon düzeyi yükselmekte ve harcanan enerji seviyesi artmaktadır. Bebeğin emzirilme öncesi masaja benzer beden hareketleri oksitosin yapımı konusunda anne memelerini uyarmakta bu da anneden süt yapımını uyarmakta yenidoğan ile anne bağlanmasına katkısı bulunmaktadır, Zwedberg et al (59).

4.2. Sezaryen

4.2.1. Sezaryen ve tarihçesi

Sezaryen; vajinal doğum yapmanın önerilmediği ve vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda, doğum ve doğum sonu süreçte anne ve bebekle ilişkili risk söz konusu olduğunda uygulanması gereken abdominal bir operasyondur, Bal ve ark (11). Sezaryen, batın (laporotomi) ve uterus duvarına (histerotomi) insizyon yapılarak fetüsün çıkarılması şeklinde uygulanır, Cunningham et al (19), Gibbs et al (20), Çiçek ve ark (60).

Sezaryen teriminin kökeni hakkında üç temel söylenti vardır. Bunlardan birincisi; efsaneye göre Julius Caesar bu şekilde doğmuştur ve bunun sonucunu olarak işlemin adı “caesarean operasyonu” olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Oysaki Caesar’ ın annesi M.Ö. 100 yılında Julius Caesar’ ın doğumundan sonra yıllarca yaşamıştır. Fakat 17. Yüzyılın sonlarına kadar bu operasyon neredeyse istisnasız olarak ölümcül idi. İster canlı ister ölü üzerinde yapılmış olsun bu operasyon, Orta Çağdan önce hiçbir tıbbi otorite tarafından kabul edilmemiştir, Cunningham et al (19).

İkinci olarak ise Numa Pompilius' un M.Ö. 8. Yüzyılda ortaya koyduğu bir Roma yasasından meydana geldiği ile ilgilidir. İlk olarak lex regia – Kralın kuralı veya kanunu olarak bilinen bu durum imparatorların etkisi altında lex caesarea olmuş ve operasyonda sezaryen operasyonu olarak tanımlanmıştır. Bu yasaya göre operasyon gebeliğin son birkaç haftasında olup ölmek üzere olan kadınlarda bebeği kurtarma umuduyla yapılabilmektedir, Cunningham et al (19). Ayrıca Roma yasalarına göre ölü gebenin gömülmesinden önce fetüsün anne karnından cerrahi olarak çıkartılması söz konusuydu. Dini kurallar bebek ve annenin ayrı gömülmesini önermekteydi, Gabbe et al (61). Üçüncü söylentide caesarean kelimesinin Orta Çağda Latince Caedere (kesmek) türetildiğinden bahsedilmektedir. Bu, oldukça mantıklı gözükmemektedir, fakat operasyon için ilk ne zaman kullanıldığı belli değildir. Section kelimesi de kesmek anlamına gelen Latince seco kökünden türetildiğine göre caesaren section terimi aynı anlamı iki kez ifade eder, Cunningham et al (19). 1598 yılına ait yayınında “seksiyo” sözcüğünü ilk tanımlayan Grillimeau' dan önce sezaryen kelimesi daha sık kullanılmaktaydı, Gabbe et al (61). Sezaryena ait ilk uygulamalar sadece ölü kadınlarda denenmiştir. Canlı bir kadında ilk başarılı sezaryen 1610' da Wittenberg' de Trautmann ve Seest tarafından yapılmıştır. O tarihten sonra bu ameliyat çok yaygın yapılmasa da zaman geçtikçe anne ölümüne sebep olmasına rağmen operasyonun uygulanmasında artış olmuştur, Özer (62). Uterusa ilk sütür uygulayan kişi, 1769' da Lebas' tır, Turamanlar ve Songur (63). 1876' da Eduardo Porro, kanamanın kontrol edilmesi ve postoperatif enfeksiyonun önlenmesi amacıyla sezaryen sırasında histerektomi yapılmasını önerdi. Kısa bir süre sonra, bir jinekolog olan J.Marion Sims tarafından gümüş tel ipliklerin geliştirilmesiyle birlikte cerrahlar internal sütür konusunda tecrübe kazandılar, Gabbe et al (61). Felkin 1879' da orta hat insizyonu ve koter kullanarak kanamayı en aza indirerek ve uterusa masaj yaparak kontrakte olmasını sağlamıştır, Turamanlar ve Songur (63). 1880 ile 1925 yılları arasında cerrahlar uterusa transvers insizyon yapmaya başladılar. Bu şekilde insizyonların enfeksiyon oranları ve sonraki gebeliklerde rüptür riskini azalttığı not edildi. 1940 yılında Pencilinın kullanılmaya başlanmasıyla birlikte doğumdan kaynaklanan enfeksiyon riski dramatik olarak azaldı, Gabbe et al (61).

Sezaryenin güvenli bir operasyon olmasından sonra doğum, primer olarak ebe tarafından gerçekleştirilen bir işlem olmaktan çıkarak, normal koşullarda, tercihen hastane koşullarında gerçekleştirilen bir işlem haline gelmiştir. Hastanelerin yaygınlaşmasıyla birlikte, obstetri bilimi hastane-bağımlı bir uzmanlık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Anestezi alanında yeni gelişmeler neticesinde, zorlu vajinal doğumlarda uygulanan kraniotomi gibi parçalayıcı işlemler yerine ilerlemeyen eylem gibi durumlarda uygulanabilen sezaryen popülarite kazanmıştır, Gabbe et al (61).

Yüzyıllardır sezaryen ile hayat kurtarıcı kahramanlık öykülerinin dilden dile anlatılmasına rağmen ancak 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra obstetrik uygulamanın bir parçası haline geldi, Gabbe et al (61). Zaman içerisinde hem cerrahi hem de anestezi tekniklerindeki değişimler, ilaç sektöründeki buluşlar ve dikiş malzemeleri gibi pek çok faktörün etkisi ile sezaryende, anne ölüm oranı gittikçe düşürülerek günümüze kadar gelinmiştir, Özer (62).

İlk sezaryenler ölmüş olan annelerin bebeğini doğurtmak için yapıyordu. Çok eski elde edilen tabletlerden ilk sezaryenin M.Ö. 1772’de uygulandığını öğreniyoruz. M.Ö. 8 yüzyılda Lex Regia, eğer doğumda kadın ölmüşse karnı kesilerek bebeğin doğurtulduğunu anlatmıştır. Sezaryen kelimesi Latince “ caedere “den kaynaklanır, anlamı kesmek demektir. Julius Caesar’ ın sezaryenle doğduğuna ilişkin bir efsane vardır. Jacques Guillimeau 1598 de bir ebe kitabında sezaryen kesisini tariflemiştir. 1879 da İngiliz pratisyen hekim Uganda’da Banyoro cerrahlarına sezaryen tekniğini tarif etmiş. Bu tarihte anestezi ve antisepsi için muz şarabı, hem termokoter hem de abdominal duvarı dikmek için kızdırılmış demir, yara bakımı için kök macunu kullanılmıştır. Hem vajinal hem de sezaryen doğumda aseptik teknik kullanılması çok önemli bir gelişme olarak ortaya çıkmıştır.1882 de Max Sanger doku reaksiyonu olmaması için uterusu dikmek için gümüş sutur tavsiye etmiştir. Şimdiki kesi tekniği (phannenstiel transverse skin incision) 1900’lerin başlarında tariflenmiş ve 1926 da Monro Kerr bu tekniği popüler hale getirmiştir, Dresang and Leeman (64).

4.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de sezaryen sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü sezaryen doğum sıklığını tüm doğumların %15-20’si olarak önermekte ise de anne ve bebek ölümlülük hızlarını dikkate alarak sezaryen oranının 2002 yılından sonra %10-15 arasında olması gerektiğini bildirmiştir, Özkan ve ark (17). Önerilen bu oranın üzerinde ve altındaki değerler, ülkelerin anne ve bebek hastalık ve ölümlülük oranlarında artışa neden olmaktadır, Gözükara ve Eroğlu (5), Vatansever ve Okumuş (14). DSÖ önerilerine rağmen, tüm dünyada sezaryen oranları son yıllarda büyük bir artış göstermiştir. DSÖ 2010 verilerine göre bazı ülkelerin sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri’nde %30.2, İtalya’da %34.4, Brezilyada %41.3, Meksika da %36.1, Kore’de %37.7, İsviçre’de %28.9, Almanya’da %27.8’dir. Görüldüğü gibi sezaryen oranı bu ülkelerde, DSÖ’nün yüzdelik oranından oldukça yüksektir, Gözükara ve Eroğlu (5).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2014 verilerine göre, Türkiye’de sezaryen oranı 2002 yılında %21 iken 2014’te %51’e yükselmiştir. Sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı %51.1, primer sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı %26.3’tür. Özel hastanelerde ise sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı 69.5, primer sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı 39.6’dır, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (65).

TJOD (2013)’ne göre Türkiye’de sezaryen oranlarının yüksekliğinin nedenleri:

- Ağrısız doğumun yaygın olmaması
- Doğum ünitelerindeki alt yapı eksiklikleri, doğum odalarının bireyselleşmesi, yardımcı personel, ebe-hemşire bakımının yeterli olmaması
- Doğumu takip edecek ve yaptıracak yetişmiş nitelikli ebe sayısının yetersizliği
- Hekim hataları dolayısıyla verilen ağır cezalar ve yaptırımlar sonucu hekimin doğumu, takibini başından sonuna kadar yapamadığı hukuki açıdan riskli bir işlem olarak görmesi
- Gebe bilgilendirmesinin eksikliği ve gebe okullarının yaygınlaşmaması
- Yine eğitim eksikliğine bağlı olarak, doğuma ait korkuların anne adayları arasında yaygın olması ve gebelik süresince etkili psikolojik destek sağlanamaması..

- Anne isteği ile sezaryenin tüm boyutlarıyla tartışılmaması.
- Kadın –doğum hekiminin ağır çalışma koşullarının, maddi ve manevi olarak yetkililerce gözetilmemesi sayılabilir, TJOD (7).

4.2.3. Sezaryen endikasyonları

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (2010)'de göre sezaryen endikasyonları aşağıda sıralanmıştır;

I- Fetüse bağlı nedenler;

- Fetal sıkıntı
- Fetal prezentasyon anomalileri (makat, transvers, alın, yüz geliş)
- Çoğul gebelikler
- Fetal anomaliler (Hidrocefali, sakrokoksikal teratom vb.)

II- Anneye ait nedenler;

- Geçirilmiş uterus cerrahisi
- Sistemik hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe bağlı HT vb.)
- Vertikal maternal geçişli enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)
- Travay ve doğuma ait endikasyonlar (Baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, fetal makrozomi)
- Umbilikal kord ve plasentaya ait endikasyonlar (Kordon sarkması, plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa), Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (66).

4.2.4. Sezaryenin maternal ve fetal sonuçları

Sezaryen, annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik girişim olmakla birlikte, diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunları ve komplikasyonları beraberinde getirmektedir, Şahin (67). Sezaryen emzirme, anne-bebek ilişkisinin başlamasının gecikmesi ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara sahip olmanın yanında, anne ölüm riskini vajinal doğuma göre dört kat artırmaktadır. Bunun yanında sezaryen maliyetinin yüksek olması da ülke

ekonomilerine ciddi yük getirmektedir, Özkan ve ark (17). Aynı zamanda kanama, infeksiyon, komşu organ yaralanmaları, tromboembolik durumlar ve anesteziye bağlı komplikasyonlar en sık belirtilen sorunlardır, Şahin (67). Bu komplikasyonların dışında doğum sonu dönemde annenin iyileşmesinde ve tüm rol ve fonksiyonlarını yerine getirebilmesinde gecikme, daha uzun süre hastanede kalma zorunluluğu ve artan tıbbi bakım maliyeti sezaryen doğumun belirtilen diğer dezavantajlı yönlerindedir, Şahin (67).

Obstetrik bakımda öncelikli hedef fiziksel olarak sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olmaktır. Ancak, doğum ile ilişkili olarak anneyi ve ailesini derinden etkileyen psikososyal sorunlar da aynı derecede önemlidir. Annenin doğumundan memnun olmaması, postpartum depresyon, anksiyete ve korkular, üzüntü ve suçluluk duyguları, erken dönem anne bebek ilişkisinin kurulamaması, emzirme sorunları, annenin kayıp duygusu, beden imajındaki değişiklikler, evde rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyeceği endişesi gibi konular, doğum şekli ile yakından ilişkili olan ve kadını olumsuz etkileyen durumlardır, Şahin (67).

Günümüzde ki literatür, term de planlı sezaryenlerin ve planlı vajinal doğumların benzer kesin ve rölatif maternal morbidite oranları olduğunu öne sürmektedir. Üç randomize çalışmanın kısa süreli maternal sonuçlarını çalışan bir Cochrane Veritabanı Sistemik Derlemesi, makat prezentasyonu için planlı sezaryen ve planlı vajinal doğumu karşılaştırmıştır. Derleme, planlı sezaryende bir miktar artmış maternal morbidite göstermiştir. Travaydaki katılımcıların randomize edildiği üç çalışmanın ikisi birkaç on yıl önce yapılmış olup bunlar sezaryenlerin operatif morbiditeyi arttırdığını saptamışlar ve günümüz de bunların anne isteğine bağlı sezaryenle doğuma uygulanabilirliğini sorgulamışlardır, Lee and Dalton (68).

Çağlayan ve ark (2011) tarafından sezaryen olanlarda yapılan araştırmada ameliyat sonrası olguların %11,2'sinde komplikasyon görülmüştür. Komplikasyonlar arasında kanama %4,7; yara yeri enfeksiyonu %1,6; postpartum endometrit %0,4; pnömoni %1; ileus %0,7; atelektazi %1,3; sistit %0,7; mesane yaralanması %0,7'dir. Ameliyat zamanlamasına göre acil operasyonlarda komplikasyon oranı %9,7; elektif

operasyonlarda ise %15,5'dir. Elektif operasyonlarda komplikasyon oranı daha yüksek saptanmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. İlk kez sezaryen geçirenlerde komplikasyon oranı %8,7; tekrarlayan sezaryenlerde ise bu oran %11,3 olup arada istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır, Çağlayan ve ark (69).

Yapılan çalışmalar, sezaryenin fetal sonuçları da olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ciddi solunum problemleri görülebilmekte, sezaryeni takiben neonatal yoğun bakım ünitelerine başvurma oranı artmaktadır. Bu nedenle, anne ve bebek ayrı kalmakta, bebek solunum desteğine ihtiyaç duymakta, uygulanan girişimler sonucu bebek ağırlı bir süreç yaşamak zorunda kalmakta, antibiyotik tedavisi ve mekanik ventilasyon desteği gerekmekte ya da pulmoner hava açlığı, dirençli pulmoner hipertansiyon ve hipoksemi gibi çok daha şiddetli komplikasyonlar yaşanabilmektedir. Ancak; kesinlikle elektif sezaryen yapılacaksa 39 hafta ve üzerinde yapılması gerektiği belirtilmektedir, Bal ve ark (11). Ciddi respiratuar distres, primer olarak iatrojenik prematüriteden sonra olmasına rağmen yenidoğanın transient takipnesi ve persistan pulmoner hiper tansiyonun her ikisi de gestasyonel yaştan bağımsız olarak elektif sezaryenle artar. Elektif sezaryen 39 haftanın sonrasına geciktirilirse mekanik ventilasyona gereksinim gösteren respiratuar distres sendromu anlamlı olarak 1/10 000 yenidoğana düşer, Lee and Dalton (68).

4.2.5. Kadınların sezaryen hakkındaki düşünceleri

Yanikkerem ve ark'nın multipar ve primiparlarda yaptığı çalışmasında, kadınların %90.0'nı sezaryenin bir ameliyat olduğunu, %46.4'ü sezaryen ile doğumun güvenli bir doğum şekli olduğunu, %23.6'sı sezaryen ile doğumun diğer batın ameliyatlara göre daha az riskli olduğunu ifade etmiştir, Yanikkerem ve ark (70).

İfadelere göre sezaryen doğum ile ilgili, ağrısız olması, güvenli olması gibi temalar ortaya çıkmıştır. Kadınların çok az bir kısmı sezaryen doğumun anne bebek sağlığı için daha iyi olduğunu belirtmiştir. Kadınlar daha çok sezaryen doğumun ağrısız bir yöntem olduğunu, vajinal doğumdaki gibi ağrı hissedilmediğini belirtmişlerdir, Duran ve Atan (71).

Birinci doğumunu vajinal doğum yapanların %18.4'ü, ikinci doğumda sezaryen olmak istemiştir. Katılımcılara neden sezaryeni istedikleri sorulduğunda, vajinal doğumun sezaryene göre daha ağırlı olduğunu ve vajinal doğum sırasında kan kaybının sezaryene göre daha fazla olduğunu düşündüklerini ifade ettiler, Duman ve ark (3).

Kadınların %88'i sezaryenin bir ameliyat olduğunda hem fikirlerdirler. Vajinal doğum yapanların %21.1'i sezaryen ile doğum yapanların %53.6'sı sezaryenin vajinal doğuma göre daha güvenli olduğunu belirtmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaklaşık üç kadından biri bir kadının isterse sezaryen ile doğum yapabilmesinin mümkün kılınması gerektiğini belirtmiştir. Bu oran sezaryen doğum yapanlarda %29, vajinal doğumlarda %35.2'dir, Uçum ve ark (72).

Çakmak ve ark (2014) tarafından Tokat'ta kadınların anne isteğine bağlı sezaryen hakkındaki görüşlerinin incelenmesi amacıyla 500 kadına (hasta ve yakınları) yapılan araştırmada katılımcıların "Sezaryen doğum hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna %22.8'i "anne isteğine bağlı yapılabilmeli" yanıtını verirken %69.6'sı "tıbbi zorunluluk durumunda yapılmalı" yanıtını vermiş olup %7.6'sı ise kararsız olduğunu bildirdi. "Tıbbi zorunluluk olmaması durumunda sezaryen ile doğumu tercih eder misiniz?" sorusuna %11.4 "evet", %81.4 "hayır" ve %7.2 ise "kararsızım" cevabını vermiştir.. "İsteğe bağlı sezaryen ile doğumu tercih ederim" yanıtını veren katılımcıların sezaryen tercih etmelerinde en sık neden "vajinal doğumdan korkma" (%42.2) olup diğer nedenler ise sırasıyla "sezaryenin ağrısız olması" (%31.6), "sezaryende anne ve bebeğin daha az zarar görmesi" (%15.8) ve "vajinal doğumun daha riskli olduğunu düşünme" (%10.5) şeklindeydi, Çakmak ve ark (73).

Karakaplan (2007) tarafından Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan araştırmada annelerin sezaryen olacağını öğrendiğinde hissettiklerine bakıldığında; genel anestezi ile C/S olan grupta en fazla "doğum anında ölmekten korktum" (% 28.0), rejyonel anestezi ile C/S olan grupta ise "önceden hazır olduğum için normal karşıladım, bir şey hissetmedim" (%60.0) ve "doğumdan sonra çok acı çekebileceğimi düşündüm"(%60.0) diyenlerin oranı yüksek bulunmuştur, Karakaplan (74).

Bektaş (2008) tarafından Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1588 gebede yapılan araştırmada sezaryen doğumu tercih eden gebelerin tercih sebepleri incelendiğinde; %45.2'si vajinal doğum korkusu olduğu için, % 20.6'sı tüplerini bağlatmak istediği için, % 19'u ağrı çekmemek için, %16.6'si bebeği riske atmamak için, % 15'i önceki doğumu zor olduğu için tercih ettiği saptanmıştır, Bektaş (75).

Hug et al (2008) tarafından 205 kadına yapılan araştırmada kadınların %24'ü doğum sancularından korunmak için sezaryeni bir alternatif olarak gördüklerini ve %99'u sezaryenin bebek için vajinal doğuma göre daha güvenli olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir, Hug et al (76).

Danso et al (2009) tarafından sezaryen olan kadınlarında (primipar, multipar) yapılan araştırmada kadınlar sezaryen hakkındaki düşüncelerini pozitif ve negatif cümlelerle ifade etmişlerdir. Kadınları %53.1'i pozitif cümleler ve %44'ü negatif cümlelerle ifade etmişlerdir. Kadınlar en sıklıkla pozitif yanıt olarak sezaryen "iyi" dir demişler. Kadınların en sık negatif düşüncesi sezaryenin "ağrılı" olduğu yönündedir, Danso et al (77).

4.2.6. Sezaryen sıklığını azaltmaya yönelik yaklaşımlar

Günümüzde sezaryen oranlarının artmış olması isteğe bağlı sezaryenlerin artmasından kaynaklanmaktadır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO) sezaryenin isteğe bağlı olarak değil, tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) 2008'de yaptığı açıklamada; 39'uncu haftadan önce isteğe bağlı sezaryen yapılmasını kabul etmemektedir. Ciddi respiratuar distres, primer olarak iatrojenik prematüreden sonra olmasına rağmen yenidoğanın transient takipnesi ve persistan pulmoner hipertansiyonun her ikisi de gestasyonel yaştan bağımsız olarak elektif sezaryende artmaktadır. Elektif sezaryen 39 haftanın sonrasına geciktirilirse mekanik ventilasyona gereksinim gösteren respiratuar distres sendromu anlamlı olarak 1/10000 düşmektedir (Lee and Dalton (68)). Tıbbi nedenler dışında sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına getirdiği ağır yükler göz önüne alındığında, endikasyon dışı

sezaryenlerden kaçınılması zorunluluk arz etmektedir. Bu nedenle toplumdaki tıbbi nedenler dışında gerçekleşen sezaryen hızını düşürmek için, ulusal programlar geliştirmek gerekecektir. Bu programları geliştirmede doğum tercihini etkileyen faktörlerin saptanması yol gösterici olacaktır, Özkan ve ark (17).

Sezaryen, vajinal doğuma göre maternal mortaliteyi dört kat artırmaktadır. Ayrıca operasyonun hemoraji, sepsis, pulmoner embolizm, endometrit, pnomoni ve tranfüzyon komplikasyonları gibi erken; ve sonraki gebeliklerde plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta accreata gibi geç dönem komplikasyonlarına yol açabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle sezaryen operasyonu, sadece bebeğin sağlığı dikkate alınarak yapılan rutin bir girişim olmamalıdır, aynı zamanda operasyonun annenin sağlığı yönünden çeşitli riskler taşıyan bir girişim olduğu göz önünde tutulmalıdır, Coşkun ve ark (78). Clark et al (2008) tarafından yapılan araştırmada sezaryen operasyonlarının neden olabileceği ölüm riski yaklaşık yüzbinde 2 iken, vajinal doğumun neden olduğu ölümlerin yüzbinde 0.2 olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır, Clark et al (79).

Doktorlar, hastanın sezaryen ile doğum istemesi durumunda, eğer kabul gören bir tıbbi endikasyonu yoksa hayır cevabını verebilmelidir. Ancak bilinen risklerin, faydaların ve diğer seçeneklerin doğru bir şekilde anlatılmış olduğu iyi bilgilendirilmiş bir hastanın sezaryenle isteğinin tıbbi ve etik olarak kabul edilebilir olduğunu özellikle belirtmek gerekmektedir. Bu durum etik açıdan geçmişte tartışmalı olarak kabul edilmesine karşın, günümüzde uygun ve doğru bir şekilde bilgilendirilmiş ve onayı alınmış bir hastanın kendi seçimi üzerine sezaryen ile doğum yapmasını sağlamanın profesyonel mesleki uygulamalara uygun olduğu konusunda bir fikir birliği oluşmuştur. Kabul görmüş bir tıbbi endikasyon olmadan hasta sezaryen istediği zaman doktorlar profesyonel rollerini ve sorumluluklarını bırakmamalıdır. Özellikle değişim için güvenilir kanıt olmadığında meslek uygulamaları değişmemelidir. Hastanın uygun şekilde hak kullanması uygun şekilde sınırlandırılabilir. Doktorlar, eldeki verileri kullanarak hastaya dolaylı değil, doğrudan danışmanlık vermelidir. İyi bilgilendirilmiş bir hastanın bu şekilde doğum yapma isteğini kabul etmenin doktorun kararı olacağına inanmamızı destekleyen

mevcut verilere rağmen obstetrisyenlerin bütün hastalarına rutin olarak elektif sezaryen önermeleri anlamına gelmemektedir, Kalish et al (8).

Anne isteminin tek başına sezaryen endikasyonu olmayacağı görüşünü Sağlık Bakanlığı da kabul etmiştir. Bu, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi'nde açıkça belirtilmiştir; "Anne istemi sezaryen için tek başına yeterli bir neden olmamakla beraber, kişiye ait aşırı korku, endişe, panik gibi psikolojik durumların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumlarda yeterli ve doğru danışmanlık verilmelidir. Gebeliğin 36. haftasından itibaren komplikasyonsuz tekil makat bebeği olan gebelere, istisnai durumlar dışında (doğum eylemi başlamış olan, uterin skarı ve anormalliği olan, fetal sıkıntı, membran rüptürü olan, vajinal kanaması olan gebeler) dış sefalik versiyon (DSV) önerilebilir. Uygulama öncesi girişimin riskleri anne adayına bilgilendirilmiş rıza formu ile açıklanmalıdır. 42. gebelik haftasını aşan, komplikasyonsuz tekil gebelik yaşayan gebelerde, tedavinin bireyselleştirilmesi ve olguya göre karar verilerek doğum şeklinin belirlenmesi önerilmektedir. Doğumun indüklenmesi ile sezaryen oranında ve diğer komplikasyonlarda artış olabileceği bilinmelidir. Bu konu hakkında gerekli bilgiler anneye verilmelidir", Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (66).

Tıbbi nedenler dışında sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına getirdiği ağır yükler göz önüne alındığında, endikasyon dışı sezaryenlerden kaçınılması zorunluluk arz etmektedir. Sağlık bakanlığında anne sağlığını korumak amacıyla ülke genelinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında doğum eylemi ve sonuçlarının izlenmesi çalışmaları yapılmaktadır. Bu çerçevede sezaryen endikasyonları ve sonuçlarının izlenmesi de önem arz etmektedir. Modern doğum hekimliğince önerilen tıbbi gerekçe ve endikasyonlara uyulması, hasta dosyalarına kayıtların belirli bir formda ve uygulama birliği içinde, detaylı ve doğru olarak yazılması, istatistiklerin düzgün tutulması ve etik kurallara uyulması bu hedefe ulaşmayı sağlayacak en önemli önlemlerdir, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (66).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın girişimleriyle sertifika programlarının oluşturulması ve sağlık politikasında vajinal doğuma özendirme çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmalardan birisi, sezaryen oranlarının kurumsal performans kriterleri arasına konulmasıdır. Sezaryen oranlarını düşürmek ve vajinal doğuma yönlendirmek amacıyla belirlenen bu kritere göre, hastanede gerçekleştirilen sezaryenle doğum oranları hastanenin performansında gösterge olarak kabul edilecektir. Yeni düzenlemeye göre vajinal doğum yaptıran hekime 180 puan verilirken, sezaryen doğum yaptıran hekime 157 puan verilecek ve böylece vajinal doğum yaptıranların %50 daha fazla ücret alması sağlanacaktır. Hastanelere ödenen doğum paket fiyatlarında da vajinal doğum lehine bir düzenlemeye gitme kararı alınmıştır. Böylece kolay ve ücreti yüksek olduğu için tercih edilen sezaryen doğum yönteminin sadece tıbbi gereklilik halinde uygulanması hedeflenmektedir, Gözükara ve Eroğlu (5).

Amerika da başlatılan ve Türkiye uygulamaya geçilmesi planlanan “anne dostu hastane” kavramı tartışılmaktadır. 1996 yılında Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) tarafından bakımda anne dostu modeli benimseyerek kanıt temelli bakım rehberleri hazırlanmış ve ABD’nin birçok eyaletinde anne dostu hizmeti veren kuruluşlar oluşturulmuştur, Başgöl ve Oskay (80).

Anne dostu bir hastane modeli doğum yapan tüm kadınlara şunları sunar
(Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) :

- Babalar, eşler, çocuklar, aile üyeleri ve arkadaşlar dâhil olmak üzere kendi seçimi doğum refakatçilerine sınırlamasız erişim.
- Uzman bir kadından, örneğin bir doğum koçu ve doğum desteğinde bulunan bir profesyonelden, kesintisiz duygusal ve fiziksel desteğe sınırlamasız erişim.
- Profesyonel ebelik hizmetine erişim.
- Halka, müdahale ve sonuç tedbirleri dâhil doğum hizmetleri uygulamaları ve işlemleri hakkında tanımlayıcı ve istatistiksel doğru bilgi sağlar.

- Kültürel olarak yetkin hizmet sunar – başka bir deyişle, annenin etnik kökeni ve dininin özel inançları, değerleri ve geleneklerine duyarlı ve yanıt veren hizmeti sunar.
- Doğum yapan kadına, (bir komplikasyonu düzeltmek için kısıtlama özellikle gerekmedikçe) doğum sancısı çekerken ve doğum esnasında seçimi olan pozisyonları üstlenme, dolaşma ve yürüme özgürlüğünü sunar ve litotomi (bacaklar kaldırılmış/kalkık sırt üstü uzanma/yatma) pozisyonunun kullanımından vazgeçirir.

Aşağıdakiler için ilkeleri ve prosedürleri açıkça tanımlamıştır:

- Bir doğum merkezinden diğerine transfer gerektiğinde ilk hasta bakıcıyla iletişim kurmak dâhil olmak üzere diğer annelik hizmetleriyle birlikte perinatal dönem süresince işbirliği ve danışmanlık
- Prenatal ve taburcu edilme sonrası takipleri ve emzirme desteği dâhil olmak üzere anne ve bebeğin uygun kamusal olanaklarla bağlantısını kurma

Aşağıdakileri içeren fakat onlarla sınırlı olmayan bilimsel kanıtlarla desteklenmeyen pratikler ve prosedürlerden rutin olarak yararlanmaz:

- Tıraşlama
- Lavman
- IV (Damar yolu açma)
- Aç bırakma
- Membranların yapay rüptürü
- Elektronik fetal monitorizasyon, CIMS (81).

Diğer müdahaleler şu şekilde sınırlıdır:

- %10 veya daha az indüksiyon oranına sahip (+ Bu kriter halen değerlendirilmektedir.)
- %5 ve daha azı olması hedefiyle, %20 veya daha az epizyotomi oranına sahip
- Yerel hastanelerde %10 veya daha az ve üçüncü basamak (yüksek risk) hastanelerinde %15 veya daha az toplam sezaryen oranına sahip

- %75 veya daha fazlası olması hedefiyle, %60 veya daha fazla SSVD (sezaryen sonrası vajinal doğum) oranına sahip
- Personelini ilaç olmayan ağrı giderme yöntemlerinde eğitir ve bir komplikasyonu düzeltmek için özellikle gerekmeyen ağrı kesici veya anestetik ilaçların kullanımını teşvik etmez.
- Hasta veya prematüre yeni doğanlar veya konjenital problemleri olan bebekleri olanlar dâhil olmak üzere tüm anneleri ve aileleri bebeklerine dokunma, onları tutma, emzirme ve şartlarına uygun ölçüde onlara bakma konusunda cesaretlendirir.
- Yeni doğanın dinsel olmayan sünnetinden vazgeçirir.
- Başarılı emzirmeyi desteklemek için “DSÖ-UNICEF’in Bebek Dostu Hastane İnisiyatifinin On Adımı”nı gerçekleştirmeye çabalar:
 - Bütün sağlık hizmetleri personeline düzenli olarak iletilen yazılı bir emzirme politikasına/planına sahip olmak
 - Bütün sağlık hizmetleri personelini bu politikayı/planı uygulamada gerekli beceriler konusunda eğitmek
 - Bütün gebe kadınları emzirmenin faydaları ve usulü hakkında bilgilendirmek
 - Annelerin doğumun yarım saati içerisinde emzirmeyi başlatmalarına yardımcı olmak
 - Annelere nasıl emzireceklerini göstermek ve bebeklerinden ayrılmak durumunda kalsalar bile, emzirmeyi nasıl sağlayacaklarını göstermek
 - Yeni doğan bebeklere, medikal olarak belirtilmedikçe, anne sütünden başka hiçbir mama veya içecek vermemek
 - Bebeğin beşiğini annenin yatağının yanında tutmak: Anne ve bebeklerin günün 24 saati bir arada kalmalarına izin vermek
 - Bebek acıktıkça emzirmeyi cesaretlendirmek
 - Anne sütüyle beslenen bebeklere hiçbir yapay meme ucu veya emzik vermemek
 - Emzirme destek gruplarının kuruluşunu güçlendirme ve anneleri hastanelerden veya kliniklerden taburcu olurken buralara yönlendirmek, CIMS (81).

5. METOD VE MATERYAL

5. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma doğum yapmak için hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıklarını belirlemek amacıyla retrospektif tanımlayıcıyı araştırma olarak yapılmıştır.

5. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Medipol Sağlık Grubu hastanelerinin Kadın Doğum Kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler (Ek IV) ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırma verileri, Şubat- Temmuz 2014 tarihleri arasında toplamıştır.

5. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, doğum yapmak için araştırmanın yapıldığı Medipol Sağlık Grubu Hastanelerine başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem hesaplanmasında SPSS 20 programından yararlanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı Medipol Sağlık Grubu hastanelerinde araştırmadan önceki altı ayda 2516 doğum olmuştur. Örneklem büyüklüğü hesaplamak için evreni bilinen formülünden yararlanılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı
t: 1.96
p: 0.66
q: 0.34
d: 0.05

$$n = \frac{2516 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.373 \cdot 0.627}{(0.05)^2 \cdot (2516-1) + (1.96)^2 \cdot 0.373 \cdot 0.627}$$

$$n = 346$$

Hesaplama yapılırken Türkiye Halk Sağlığı 2012 verilerine göre %37.3 olan özel hastanelerdeki primer sezaryen hızı dikkate alınmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı (82)).Bu verilere göre örneklem büyüklüğü %5 önemlilik düzeyinde 346 olacak şekilde hesaplanmıştır. Kayıplar olabileceği göz önüne alınarak 450 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

5.3.1. Örneklem seçim kriterleri

İlk kez doğum yapanlar,

37-42 gebelik haftası aralığında vajinal doğum yapan/ sezaryen olan kadınlar

Canlı doğum yapan kadınlar,

Sorulacak soruları anlayıp kavrayacak düzeyde Türkçe bilen,

İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan kadınlar.

Araştırma dışı bırakılma kriterleri;

Preterm eylem,

Çoğul gebelikler,

Multipar gebeler,

Türkçe bilmeyen kadınlar

Sorulacak soruları anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olmayan,

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeyen kadınlar

5. 4. Araştırmanın Soruları

1. Sezaryen olan ve vajinal doğum yapan kadınların doğum beklentileri arasında fark var mıdır?

2. Sezaryen olan ve vajinal doğum yapan kadınların doğum deneyimleri arasında fark var mıdır?

5. 5. Veri Toplama Araçları

Kadın Doğum Kliniği'ne başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uyan lohusalara doğum sonrası birinci gün, sezaryen sonrası ikinci gün içinde araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formları araştırmaya katılmayı kabul eden lohusalara yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak

uygulanmıştır. Verilerin toplanmasına 6 Şubat 2014 tarihinde başlanmış, haftanın belirli günlerinde ve örneklem sayısına ulaşıncaya kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Her bir görüşme 15-20 dakika sürmüştür. Araştırmanın veri toplama aşaması 31 Temmuz 2014 tarihinde sona ermiştir. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek I) ve Beklenti Değerlendirme Soru Formu, (Ek II) ve Doğum Deneyim Puanlama Sistemi (Ek III) kullanılmıştır.

5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Tanımlayıcı Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilmiştir. Bu formda kadınların sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu özellikleri, gebelik ve doğumla ilgili özellikleri ve yenidoğan ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla 30 soru yer almaktadır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzenlemeler yapılarak araştırma için hazır hale getirilmiştir.

5.5.2. Beklenti değerlendirme soru formu

Beklenti değerlendirme formu literatür taranarak ve klinik hastane uygulamaları dikkate alınarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Kadınların vajinal doğum ya da sezaryen sırasında ebe/hemşire desteği, korku, kaygı, ağrı, vajinal doğum/sezaryen sonrası ağrı ve mahremiyetin korunması olmak üzere altı parametrede değerlendirilmiştir. Her parametre için beklentilerin karşılanma düzeyi 3 boyutta ele alınmıştır.

5.5.3. Doğum deneyim puanlama sistemi

Kadınların travay ve doğum esnasında deneyimlerini belirlemek amacıyla Waldenström (1999) tarafından kullanılmıştır. Kadınların deneyimlerini negatiften pozitif doğru puanlayabilecekleri yedi noktadan oluşan bir skaladır. Katılımcıların doğumla ilgili deneyimleri veya memnuniyetleri 1 (çok negatif) ve 7 (çok pozitif) arasında puanlamaları istenmiştir, Waldenström (83).

5. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra Ki-Kare testi, Fisher's Exact Ki-Kare testi ve Continuity (Yates) düzeltmesi kullanıldı.

Bağımsız değişkenler: Lohusaların yaşı, eğitim durumu, mesleği, aile tipi, sağlık güvencesi.

Bağımlı değişkenler: Doğum şekli.

5. 7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın kesitsel olması,
- Gebelik öncesi vücut ölçüleri ve gebelikte aldığı kilo miktarının beyana dayanması,
- Gebelik ve doğuma eylemine ait komplikasyonların, yenidoğanın tanımlayıcı bilgileri ve komplikasyonlara ait özelliklerin doktor gözlem dosyasından alınmış olması nedeniyle araştırma sonuçları sadece çalışmanın yapıldığı grup ile sınırlıdır.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul onayı; İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alınmıştır.

6. BULGULAR

Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde gruplandırılarak verilmiştir;

- 6.1. Primipar kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- 6.2. Primipar kadınların beklenti parametrelerine ilişkin bulgular
- 6.3. Vajinal doğum yapan primipar kadınların deneyimlerine ilişkin bulgular
- 6.4. Sezaryen olan primipar kadınların deneyimlerine ilişkin bulgular

6.1. Primipar Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan primipar kadınların %40'ı (180) vajinal doğum yapmış, %60'ı (270) sezaryen olmuştur. Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri, gebelik dönemi ve doğum zamanına ilişkin bulgular vajinal doğum ve sezaryen olmak üzere iki grup halinde karşılaştırmalı verilmiştir.

Tablo 6.1.1. Primipar Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Sosyo-Demografik Özellikler | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|---------------------------------|---------------|--------------|--------------|----------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| ¹ Yaşı | 30.47±4.55 | 28.72±4.33 | 29.77±4.54 | t:-4.078 | 0.001** |
| 19-24 yıl | 28 (54.9) | 23 (45.1) | 51 (11.3) | 12.017 | 0.007** |
| 25-29 yıl | 75 (45.2) | 91 (54.8) | 166 (36.9) | | |
| 30-34 yıl | 60 (34.7) | 113 (65.3) | 173 (38.4) | | |
| 35 yıl ve üzeri | 17 (28.3) | 43 (71.7) | 60 (13,3) | | |
| ¹ Eğitim durumu | | | | 5.661 | 0.059 |
| Ortaokul ve altı | 16 (8.9) | 18 (6.7) | 34 (7.6) | | |
| Lise mezunu | 51 (28.3) | 54 (20) | 105 (23.3) | | |
| Üniversite mezunu | 113 (62.8) | 198 (73.3) | 311 (69.1) | | |
| ¹ Çalışma durumu | | | | 4.591 | 0.021* |
| Çalışmıyor | 70 (47.3) | 78 (52.7) | 148 (32.9) | | |
| Çalışıyor | 111 (36.8) | 191 (63.2) | 33 (69.1) | | |
| ² Aile tipi | | | | 3.520 | 0.061 |
| Çekirdek aile | 170 (39.1) | 265 (60.9) | 435 (96.7) | | |
| Geniş aile | 10 (66.7) | 5 (33.3) | 15 (3.3) | | |
| ¹ Ekonomik durum | | | | 5.032 | 0.081 |
| Gelir giderden fazla | 47 (39.2) | 73 (60.8) | 120 (26.7) | | |
| Gelir gidere denk | 125 (39.2) | 194 (60.8) | 319 (70.9) | | |
| Gelir giderden az | 8 (72.7) | 3 (27.3) | 11 (2.4) | | |
| ² Doğum yeri (bölge) | | | | 2.907 | 0.714 |
| Marmara | 90 (37.8) | 148 (62.2) | 238 (52.9) | | |
| Karadeniz | 24 (37.5) | 40 (62.5) | 64 (14.2) | | |
| İç anadolu | 22 (46.8) | 25 (53.2) | 47 (10.4) | | |
| Ege ve akdeniz | 10 (45.5) | 12 (54.5) | 22 (4.9) | | |
| Doğu ve güneydoğu | 21 (39.6) | 32 (60.4) | 53 (11.8) | | |
| Yurt dışı | 13 (50) | 13 (50) | 26 (5.8) | | |
| ² Sağlık güvencesi | | | | 6.354 | 0.174 |
| Özel sigorta | 19 (39.6) | 29 (60.4) | 48 (10.7) | | |
| Emekli sandığı | 8 (50.0) | 8 (50.0) | 16 (3.6) | | |
| Bağ-kur | 8 (72.7) | 3 (27.3) | 11 (2.4) | | |
| SSK | 132 (38.2) | 214 (61.8) | 346 (76.9) | | |
| Yok | 13 (44.8) | 16 (55.2) | 29 (6) | | |

¹Ki-Kare Test ²Continuity (Yates) Düzeltmesi *p<0.05 **p<0.01

Araştırmaya katılan primipar kadınların yaş ortalaması 29.77 ± 4.54 olup %38.4'ü 30-34 yaş aralığındadır. Vajinal doğum yapan primipar kadınların yaş ortalaması, sezaryen olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.001$).

Vajinal doğum yapan ve sezaryen olan primipar kadınların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.007$). Yapılan ileri analizlere göre bu anlamlılık; 19-24 arası kadınlarda vajinal doğum yapma oranının (%54.9), 30-34 yaş arası (%34.7) ve 35 yaş ve üzeri (%28.3) kadınlara göre ve 25-29 yaş arası kadınlarda vajinal doğum yapma oranının (%45.2), 30-34 yaş arası (%34.7) ve 35 yaş ve üzeri (%28.3) kadınlara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların %69.1'i üniversite mezunu olduğunu ifade etmiştir. Eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani primipar kadınların eğitim durumunun doğum yapmasını ya da sezaryen olmasını etkilediği söylenemez.

Araştırmaya katılan kadınların %67.1'i çalışmaktadır. Çalışma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.021$). Yapılan ileri analizlere göre bu anlamlılık çalışan kadınlarda sezaryen oranının (%63.2) yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan primipar kadınların %96.7'si çekirdek aile tipindedir. Aile tipine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani primipar kadınların aile tipi doğum yapmasını ya da sezaryen olmasını etkilediği söylenemez. Ancak istatistiksel olarak anlam taşımamakla birlikte çekirdek ailedeki kadınlar daha çok sezaryen olmaktadır.

Araştırmaya katılan primipar kadınların %70.9'u gelirinin giderine denk olduğunu söylemiştir. Ekonomik duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani kadınların ekonomik durumunun doğum yapmasını ya da sezaryen olmasını etkilediği söylenemez. Ancak istatistiksel olarak

anlam taşımamakla birlikte gelir giderden fazla ve gelir gidere denk olan kadınlar arasında sezaryen olma oranı gelir giderden az olan kadınlardan daha yüksektir.

Araştırmaya katılan primipar kadınların %52.9' unun doğum yeri Marmara Bölgesidir. Doğum yerine vajinal doğum yapan ve sezaryen olan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani doğum yerinin kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilediği söylenemez.

Araştırmaya katılan kadınların %93.6'sının sağlık güvencesi vardır. Kadınların %76.9'unun sağlık güvencesi SSK' dır. Sağlık güvencesine göre vajinal doğum yapan ve sezaryen olan primipar kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani sağlık güvencesinin vajinal doğum yapmayı ya da sezaryen olmayı etkilediği söylenemez.

Tablo 6.1.2. Primipar Kadınların Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Eşlerin Sosyodemografik Özellikleri | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|---|---------------|--------------|--------------|-----------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| ¹ Eşin yaşı grup | 33.11±4.89 | 31.58±4.65 | 32.5±4.85 | t:--3.316 | 0.001** |
| 20-24 Yaş | 5 (71.4) | 2 (28.6) | 7 (1.6) | | |
| 25-29 Yaş | 57 (50.4) | 56 (49.6) | 113 (25.1) | | |
| 30-34 Yaş | 81 (38.0) | 132 (62.0) | 213 (47.3) | 16.628 | 0.002** |
| 35-39 Yaş | 31 (38.3) | 50 (61.7) | 81 (18.0) | | |
| 40 Yaş ve Üzeri | 6 (16.7) | 30 (83.3) | 36 (8.0) | | |
| ¹ Eşin eğitim durumu | | | | | |
| Ortaokul ve altı | 13 (9.2) | 10 (13.8) | 8 (5.1) | | |
| Lise mezunu | 48 (39.0) | 75 (61.0) | 123 (27.3) | 2.757 | 0.252 |
| Üniversite mezunu | 119 (39.1) | 185 (60.9) | 304 (67.6) | | |
| ² Eşin çalışma durumu [¥] | | | | | |
| Sağlık Çalışanı | 10 (47.6) | 11 (52.4) | 21 (4.7) | | |
| Sağlık Dışı Çalışan | 170 (39.6) | 259 (60.4) | 428 (95.3) | 0.252 | 0.616 |

¹Ki-Kare Test

² Continuity (Yates) Düzeltmesi

** $p<0.01$

[¥]Çalışmayan bir kişi karşılaştırma dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan primipar kadınların eşlerinin yaş ortalaması 32.5 ± 4.85 olup, %47.3'ü 30-34 yaş aralığındadır. Vajinal doğum yapan primipar kadınların eşlerinin yaş ortalaması, sezaryen olan kadınların eşlerinin yaş ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.001$).

Araştırmaya katılan primipar kadınların eşlerinin yaş gruplarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.002$). Yapılan ileri analizlere göre bu anlamlılık; 40 yaş ve üzeri eşi olan kadınlarda vajinal doğum yapma oranının (%16.7), 20-24 yaş (%71.4), 25-29 yaş (%50.4), 30-34 yaş (%38) ve 35-39 yaş (%38.3) arası eşi olan kadınlardan düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca 20-24 yaş arası eşi olan kadınlarda vajinal doğum yapma oranı, 30-34 yaş arası eşi olan kadınlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan primipar kadınların eşlerinin eğitim durumu göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani eşlerin eğitim durumunun kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilediği söylenemez.

Araştırmaya katılan primipar kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani eşlerin çalışma durumunun kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilediği söylenemez.

Tablo 6.1.3. Primipar Kadınların Bu Gebeliğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Gebeliğe Ait Özellikler | VAJİNAL | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|--|--------------|--------------|--------------|----------|---------|
| | DOĞUM | | | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| ²Gebeliğin oluş şekli | | | | | |
| Kendiliğinden | 176 (41.8) | 245 (58.2) | 421 (93.6) | 7.742 | 0.005** |
| Yardımcı üreme teknikleri | 4 (13.8) | 25 (86.2) | 29 (6.4) | | |
| ¹Gebeliğin planlı olma durumu | | | | | |
| Planlı | 137 (38.9) | 215 (61.1) | 352 (79.6) | 0.892 | 0.640 |
| İleri tarihe planlı | 12 (41.4) | 17 (58.6) | 29 (6.4) | | |
| Planlı değil | 31 (44.9) | 38 (55.1) | 69 (15.3) | | |
| ¹Gebelik sırasında egzersiz yapma durumu | | | | | |
| Sadece Yürüyüş | 131 (40.2) | 195 (59.8) | 326 (72.4) | 0.602 | 0.740 |
| Egzersiz Yapmayan | 28 (30.4) | 48 (45.6) | 76 (16.9) | | |
| Egzersiz Yapan | 21 (19.2) | 27 (28.8) | 22 (4.9) | | |
| ¹Gebelik sırasında alınan kilo | | | | | |
| Önerilen aralığın altında | 22 (38.6) | 35 (61.4) | 57 (13.0) | 5.230 | 0.073 |
| Önerilen aralıkta | 85 (46.2) | 99 (53.8) | 184 (40.9) | | |
| Önerilen aralığın üstünde | 73 (34.9) | 136 (65.1) | 209 (46.4) | | |
| ¹Gebelik sırasında doğum şekli tercihi | | | | | |
| Vajinal doğum | 175 (46.8) | 199 (53.2) | 336 (83.1) | 42.577 | 0.000** |
| Sezaryen | 4 (6.3) | 60 (93.8) | 64 (14.2) | | |
| Kararsız | 1 (8.3) | 11 (91.7) | 12 (2.7) | | |

¹Ki-Kare Test

² Continuity (Yates) Düzeltmesi

**p<0.01

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda gebeliğin oluş şekline göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.005). Kendiliğinden gebelik oluşan kadınlarda vajinal doğum yapma oranı (%41.8), yardımcı üreme teknikleriyle (%13.8) gebelik oluşan kadınlardan anlamlı şekilde yüksektir.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda gebeliğin planlı olma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Yani primipar kadınlarda gebeliğin planlı olma durumunun kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilediği söylenemez.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda gebelik sırasında egzersiz yapma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani primipar kadınların gebelik sırasında egzersiz yapma durumunun kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilediği söylenemez.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda gebelik sırasında alınan kiloların önerilen aralıkta olma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani primipar kadınlarda gebelik sırasında alınan kiloların kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilediği söylenemez.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda doğum şekli tercihlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.000$). Yapılan ileri analize göre bu anlamlılığı; vajinal doğum tercih eden kadınlarda doğum yapma oranı (%46.8), sezaryen tercih eden (%6.3) ve kararsız (%8.3) kadınlardan anlamlı şekilde yüksek olması sağlamaktadır.

Tablo 6.1.4. Primipar Kadınların Doğum Zamanına İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Doğum Zamanına İlişkin Özellikler | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|---------------------------------------|---------------|--------------|--------------|----------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Doğumda toplam gebelik haftası | 38.99±1.03 | 38.67±1.07 | 38.80±1.06 | t:3.151 | 0.002** |
| 37 Hafta | 15 (31.3) | 33 (68.7) | 48 (10.7) | | |
| 38 Hafta | 42 (29.6) | 100 (70.4) | 142 (31.6) | | |
| 39 Hafta | 61 (45.5) | 73 (54.5) | 134 (29.8) | 15.301 | 0.004** |
| 40 Hafta | 53 (51.5) | 50 (48.5) | 103 (22.9) | | |
| 41 Hafta | 9 (39.1) | 14 (60.9) | 23 (5.1) | | |
| Doğum saati aralığı | | | | | |
| 08:00- 17:59 Arası | 107 (31.2) | 236 (68.8) | 343 (76.2) | | |
| 18:00- 23:59 Arası | 45 (67.2) | 22 (32.8) | 67 (14.9) | 81.636 | 0.001** |
| 24:00- 07:59 Arası | 28 (70.0) | 12 (30.0) | 40 (8.9) | | |

Ki-Kare Test

** $p<0.01$

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda gebelik haftası ortalaması 38.80 ± 1.06 olup gebeliklerin %31.6'sı 38 haftada doğum yapmıştır. Gebelik haftası ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Vajinal doğum yapanların toplam gebelik haftası ortalaması, sezaryen olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.002$) Gebelik haftalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.004$). Yapılan ileri analizlere göre bu anlamlılık; gebelik süresi 40 hafta süren kadınlarda vajinal doğum görülme oranı (%51.5), gebelik süresi 37 hafta (%31.3) ve 38 hafta (%29.6) süren kadınlardan göre ve gebelik süresi 39 hafta süren kadınlarda vajinal doğum görülme oranı (%45.5), gebelik süresi 38 hafta (%29.6) süren kadınlardan anlamlı şekilde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda doğum saati aralıklarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Saat 08:00-17:59 arası doğum yapan kadınlarda vajinal doğum görülme oranı (%31.2), 18:00-23:59 arası (%67.2) ve 24:00- 07:59 arası (%70) vajinal doğum yapan kadınlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Tablo 6.1.5. Primipar Kadınların Bebeklerinin Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Bebeklerin Özellikleri | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|---|----------------|----------------|---------------|----------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| ¹Cinsiyeti | | | | | |
| Kız | 80 (37.6) | 133 (62.4) | 213 (47.3) | 1.004 | 0.316 |
| Erkek | 100 (42.2) | 137 (57.8) | 237 (52.7) | | |
| ¹Doğum ağırlığı (gram) | | | | | |
| | 3349.44±442.93 | 3249.33±346.28 | 3309.4±409.58 | t:-2.556 | 0.007** |
| 2500 | 2 (20.0) | 8 (80.0) | 10 (2.2) | 12.157 | 0.016* |
| 2500- 2999 | 35 (44.9) | 43 (55.1) | 78 (17.3) | | |
| 3000- 3499 | 101 (45.7) | 120 (54.3) | 221 (49.1) | | |
| 3500- 3999 | 36 (31.3) | 79 (68.7) | 115 (25.6) | | |
| 4000 ve ↑ | 6 (23.1) | 20 (76.9) | 26 (5.8) | | |
| ¹Yoğun bakıma alınma durumu | | | | | |
| Alındı | 6 (40.0) | 9 (60.0) | 15 (3.3) | 0 | 1.000 |
| Alınmadı | 174 (40.0) | 261 (60.0) | 435 (96.7) | | |
| ¹1. Dakika APGAR skoru | | | | | |
| | 8.61±1.04 | 8.82±0.74 | 8.69±0.93 | Z:-2.419 | 0.016* |
| 2- 6 Puan | 3 (20.0) | 12 (80) | 15 (3.3) | 15.756 | 0.001** |
| 7-8 Puan | 29 (26.1) | 82 (73.9) | 111 (24.7) | | |
| 9-10 Puan | 148 (45.7) | 176 (54.3) | 324 (72.0) | | |
| ²5. Dakika APGAR Skoru | | | | | |
| | 9.62±0.58 | 9.79±0.52 | 9.69±0.56 | Z:-3.680 | 0.001** |
| 6-8 Puan | 4 (26.7) | 11 (73.3) | 15 (3.3) | 0.647 | 0.421 |
| 9-10 Puan | 176 (40.5) | 259 (59.5) | 435 (96.7) | | |

¹Ki-Kare Test

²Continuity (Yates) Düzeltmesi

*p<0.05

**p<0.01

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda bebeklerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Yani primipar kadınlarda bebeklerinin cinsiyetleri kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilememektedir.

Araştırmaya katılan primipar kadınların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması 3309.4±409.58 olup, bebeklerin % 49.1'i 3000-3499 gram ağırlığındadır. Vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması, sezaryenle olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.007).

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda bebeklerin doğum ağırlıklarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.016). Yapılan ileri analize göre bu anlamlılık; bebeklerinin doğum ağırlığı 3000- 3499 g arası olan gebelerde vajinal doğum görülme oranı (%45.7), bebeklerinin doğum ağırlığı 3500-3999 g arası (%31.3) ve 4000 g ve üzeri olan (%23.1) gebelerden anlamlı şekilde yüksek bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan primipar kadınların bebeklerinin yoğun bakıma alınma oranı %3.3 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan primipar kadınlarda bebeklerinin yoğun bakıma alınma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05). Yani primipar kadınlarda bebeklerin yoğun bakıma alınma durumu kadınların vajinal doğum yapmasını ve sezaryen olmasını etkilememektedir.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda bebeklerin 1.dakika APGAR skor ortalaması 8.69±0.93 olup bebeklerin %72'si 9-10 puan APGAR puanı ile doğmuştur. Primipar kadınlarda sezaryenle olan kadınların 1.dakika APGAR skor ortalaması, vajinal doğum yapan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.016).

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda 1. dakika APGAR skorlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p=0.001). 9-10 puan arası 1. dakika APGAR skoruna sahip gebelerde vajinal doğum görülme oranı (%45.7), 7-8 puan arası gebelerden (%26.1) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda bebeklerin 5.dakika APGAR skor ortalaması 9.69±0.56 olup bebeklerin %96.7'si 9-10 APGAR puanı ile doğmuştur. Vajinal doğum yapan kadınlarla sezaryen olan kadınların bebeklerinin 5. dakika APGAR

skor ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Sezaryen olan kadınların 5.dakika APGAR skor ortalaması, vajinal doğum yapan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmaya katılan primipar kadınlarda bebeklerin 5. Dakika APGAR skorları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani bebeklerin 5. Dakika APGAR skorları kadınların vajinal doğum yapma ve sezaryen olma oranını etkilememektedir.

6.2. Primipar Kadınların Beklenti Parametrelerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1. Primipar Kadınların Ebe veya Hemşire Desteği Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Ebe veya Hemşire Desteği Beklentisi | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|-------------------------------------|---------------|--------------|--------------|----------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Beklenenin altında | 8 (4.4) | 16 (5.9) | 24 (5.3) | | |
| Beklenen düzeyde | 40 (22.2) | 96 (35.6) | 136 (30.2) | 10.476 | 0.005** |
| Beklenenin üstünde | 132 (73.3) | 158 (58.5) | 290 (64.4) | | |

Ki-Kare Test * $p<0.05$

Primipar kadınların ebe veya hemşire desteği alma düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.005$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın ebe hemşire desteğinin beklenen düzeyin üstünde olmasının vajinal doğum yapan kadınlarda (%73.3) sezaryen olanlara (%58.5) göre yüksek olması ve beklenen düzeyde olmasının sezaryen olanlarda (%35.6) vajinal doğum yapanlara (%22.2) göre yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 6.2.2. Primipar Kadınların Korku Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Korku Beklentisi | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | P |
|--------------------|---------------|--------------|--------------|----------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Beklenenin altında | 57 (31.7) | 83 (30.7) | 140 (31.1) | 1.025 | 0.599 |
| Beklenen düzeyde | 57 (31.7) | 76 (28.1) | 133 (29.6) | | |
| Beklenenin üstünde | 66 (36.7) | 111 (41.1) | 177 (39.3) | | |

Ki-Kare Test

Primipar kadınlarda vajinal doğumda ve ya sezaryende korku düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 6.2.3. Primipar Kadınların Kaygı Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Kaygı Beklentisi | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | P |
|--------------------|---------------|--------------|--------------|----------|---------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Beklenenin altında | 62 (34.4) | 81 (30.0) | 143 (31.8) | 7.785 | 0.020* |
| Beklenen düzeyde | 70 (38.9) | 83 (30.7) | 153 (34) | | |
| Beklenenin üstünde | 48 (26.7) | 106 (39.3) | 154 (34.2) | | |

Ki-Kare Test * $p<0.05$

Primipar kadınlarda kaygı düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.020$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın sezaryen olan kadınlarda kaygı düzeyinin beklenenin üstünde olma oranının (%39.3), vajinal doğum yapan kadınlardan (%26.7) yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 6.2.4. Primipar Kadınların Ağrı Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Doğum/Sezaryen Esnasında Ağrı Beklentisi | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|--|------------------|--------------|-------------|----------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Beklenenin altında | 5 (2.8) | 161 (59.6) | 1665(36.9) | 183.761 | 0.001** |
| Beklenen düzeyde | 24 (13.3) | 49 (18.1) | 73 (16.2) | | |
| Beklenenin üstünde | 151 (83.9) | 60 (22.2) | 211 (46.9) | | |

Ki-Kare Test ** $p < 0.01$

Primipar kadınlarda doğumda hissedilen ağrı düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın vajinal doğum yapan kadınlarda doğumda hissedilen ağrının beklenenin üstünde olma oranı (%83.9), sezaryen olan kadınlardan (%22.2), sezaryen olan kadınlarda ağrının beklenenin altında olma oranı (%59.6), vajinal doğum yapan kadınlardan (%2.8) yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 6.2.5. Primipar Kadınların Vajinal Doğum/Sezaryen Sonrası Ağrı Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Doğum/Sezaryen Sonrası Ağrı Beklentisi | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|--|------------------|-------------|--------------|----------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Beklenenin altında | 85 (47.2) | 77 (28.5) | 162 (36.0) | 22.815 | 0.001** |
| Beklenen düzeyde | 60 (33.3) | 90 (33.3) | 150 (33.3) | | |
| Beklenenin üstünde | 35 (19.4) | 103 (38.1) | 138 (30.7) | | |

Ki-Kare Test ** $p < 0.01$

Primipar kadınlarda vajinal doğum/sezaryen sonrası ağrı düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın vajinal doğum yapan kadınlarda doğum sonrası hissedilen ağrının beklenenin altında olma oranının (%47.2), sezaryen olan kadınların sezaryen sonrası hissedilen ağrıdan (%28.5), sezaryen olan kadınlarda ise sezaryen sonrası hissedilen ağrının beklenenin üstünde olma oranı (%38.1), vajinal doğum yapan

kadınların doğum sonrası hissedilen ağrıdan (%19.4) yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 6.2.6. Primipar Kadınların Mahremiyetin Korunması Beklentilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

| Mahremiyet Beklentisi | VAJİNAL DOĞUM | SEZARYEN | TOPLAM | χ^2 | p |
|--------------------------|------------------|-------------|-------------|----------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Beklenenin altında | 9 (5.0) | 11 (4.1) | 20 (4.4) | 1.715 | 0.424 |
| Beklenen düzeyde | 33 (18.3) | 63 (23.3) | 96 (21.3) | | |
| Beklenenin üstünde | 138 (76.7) | 196 (72.6) | 334 (74.2) | | |

Ki-Kare Test

Primipar kadınlarda mahremiyet düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

6.3. Vajinal Doğum Yapan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1. Vajinal Doğuma Ait Özelliklerin Doğum Deneyim Puanına Göre Karşılaştırılması

| Vajinal Doğuma Ait Özellikler | Daha Az | Pozitif 6 ve | TOPLAM | χ^2 | p |
|--|------------------|--------------|------------|----------|---------------|
| | Pozitif 1-5 Puan | 7 Puan | | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Kontraksiyon | | | | | |
| Başladı | 50 (47.2) | 56 (52.8) | 106 (58.9) | 1.182 | 0.277 |
| Başlamadı | 41 (5.4) | 33 (44.6) | 74 (41.1) | | |
| Servikal açıklık | | | | | |
| Latent faz (0-3 cm) | 59 (55.1) | 48 (44.9) | 107 (59.4) | 7.377 | 0.025* |
| Aktif faz (4-7 cm) | 29 (50.9) | 28 (49.1) | 57 (31.7) | | |
| Geçiş fazı (8-10 cm) | 3 (18.8) | 13 (81.3) | 16 (8.9) | | |
| Sonraki doğumda vajinal doğum tercihi | | | | | |
| Tercih ediyor | 66 (48.9) | 69 (51.1) | 135 (75) | 1.079 | 0.583 |
| Tercih etmiyor | 15 (51.7) | 14 (48.3) | 29 (16.1) | | |
| Çocuk istemiyor | 10 (62.5) | 6 (37.5) | 16 (8.9) | | |

Ki-Kare Test * $p < 0.05$

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda hastaneye geldiğinde kontraksiyonların başlama durumlarına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda hastaneye geldiğinde servikal açıklık durumlarına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p = 0.025$; $p < 0.05$). Hastaneye geldiğinde servikal açıklık durumu geçiş fazında olan kadınlarda daha az pozitif 1-5 puan arasında olma oranı (%18.8), latent fazda (%55.1) ve aktif fazda (%50.9) olan kadınlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p_1: 0.014$; $p_2: 0.045$; $p < 0.05$). Latent fazda ve aktif fazda olan kadınların doğum deneyim puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda sonraki doğumda vajinal doğumu tercih etme durumlarına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 6.3.2. Doğumda Yapılan Uygulamalar ve Müdahalelerin Doğum Deneyim Puanına Göre Karşılaştırılması

| Doğumda Yapılan Müdahale ve Uygulamalar | Daha Az Pozitif 1-5 Puan | Pozitif 6 ve 7 Puan | TOPLAM | χ^2 | p |
|---|--------------------------|---------------------|------------|----------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| ¹Epizyotomi | | | | | |
| Yapıldı | 87 (52.7) | 78 (47.3) | 165 (91.7) | 2.766 | 0.096 |
| Yapılmadı | 4 (26.7) | 11 (73.3) | 15 (8.3) | | |
| ²Amniotomi | | | | | |
| Yapıldı | 47 (51.1) | 45 (48.9) | 92 (51.1) | 0.021 | 0.884 |
| Yapılmadı | 44 (50.0) | 44 (50.0) | 88 (48.9) | | |
| ³Vakum | | | | | |
| Yapıldı | 2 (100.0) | 0 (0.0) | 2 (1.1) | 0.483 | 0.497 |
| Yapılmadı | 89 (50.0) | 89 (50) | 178 (98.9) | | |
| ²Fundal bBası | | | | | |
| Yapıldı | 56 (49.6) | 57 (50.4) | 113 (62.8) | 0.121 | 0.728 |
| Yapılmadı | 35 (52.2) | 32 (47.8) | 67 (37.2) | | |
| ²Lavman | | | | | |
| Yapıldı | 53 (50.5) | 52 (49.5) | 105 (58.3) | 0.000 | 0.980 |
| Yapılmadı | 38 (50.7) | 37 (49.3) | 75 (41.7) | | |
| ²İndüksiyon | | | | | |
| Yapıldı | 54 (50.5) | 53 (49.5) | 107 (59.4) | 0.001 | 0.977 |
| Yapılmadı | 37 (50.7) | 36 (49.3) | 73 (40.6) | | |
| ¹Epidural | | | | | |
| Yapıldı | 12 (52.2) | 11 (47.8) | 23 (12.8) | 0.000 | 1.000 |
| Yapılmadı | 79 (50.3) | 78 (49.7) | 157 (87.2) | | |
| ¹Narkotik analjezik | | | | | |
| Yapıldı | 20 (57.1) | 15 (42.9) | 35 (19.4) | 0.463 | 0.496 |
| Yapılmadı | 71 (49.0) | 74 (51.0) | 145 (80.6) | | |
| ¹Aktif hareket etme | | | | | |
| Hareket Etti | 71 (54.6) | 59 (45.6) | 130 (72.2) | 2.529 | 0.112 |
| Hareket Etmedi | 20 (40.0) | 30 (60.0) | 50 (27.8) | | |
| ¹Beslenme | | | | | |
| İzin verildi | 5 (38.5) | 8 (61.5) | 13 (7.2) | 0.381 | 0.537 |
| İzin verilmedi | 86 (51.5) | 81 (48.5) | 167 (92.8) | | |
| ¹Ten tene temas | | | | | |
| Yapıldı | 20 (40.8) | 29 (59.2) | 49 (27.2) | 2.048 | 0.152 |
| Yapılmadı | 71 (54.2) | 60 (45.8) | 131 (72.8) | | |

¹Continuity (Yates) Düzeltmesi ²Ki-Kare Test ³Fisher-Exact Test

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda epizyotomi uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 165'ine (%91.7) epizyotomi yapılmışken, 15'ine (%8.3) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda amniotomi uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 92'sine (%51.1) amniotomi uygulanmışken, 88'ine (%48.9) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda vakum uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 2'sine (%1.1) vakum uygulanmışken, 178'ine (%98.9) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda fundal bası uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 113'üne (%62.8) fundal bası uygulanmışken, 67'sinde (%37.2) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda lavman uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 105'inde (%58.3) lavman uygulanmışken, 75'ine (%41.7) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda induksiyon uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 107'sine (%59.4) induksiyon uygulanmışken, 73'üne (%40.6) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda epidural uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 23'üne (%12.8) epidural uygulanmışken, 157'sine (%87.2) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda narkotik analjezik uygulanmasına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 35'ine (%19.4) narkotik analjezik uygulanmışken, 145'ine (%80.6) uygulanmamıştır.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda aktif hareket etmeye göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 130'u (%72.2) aktif hareket etmişken, 50'si (%27.8) aktif hareket etmemiştir.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda beslenmeye izin verilmesine göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 13'ünün (%7.2) beslenmesine izin verilmişken, 167'sinin (%92.8) beslenmesine izin verilmemiştir.

Vajinal doğumla doğum yapan kadınlarda ten tene teması göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vajinal doğumla doğum yapan kadınların 49'unda ten tene teması yapılmışken, 131'ine (%72.8) ten tene teması yapılmamıştır.

6.4. Sezaryen Olan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulgular

6.4.1. Sezaryena Ait Özelliklerin Doğum Deneyim Puanına Göre Karşılaştırılması

| | Daha Az | Pozitif 6 ve 7 | TOPLAM | χ^2 | p |
|--|-------------|----------------|------------|----------|----------------|
| | Pozitif 1-5 | Puan | | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Sezaryen Endikasyonu | | | | | |
| Anne isteği | 30 (53.6) | 26 (46.4) | 56 (20.7) | 6.872 | 0.230 |
| Fetüs ve eklerine bağlı | 53 (64.6) | 29 (35.4) | 82 (30.4) | | |
| Anneye bağlı | 32 (55.2) | 26 (44.8) | 58 (21.5) | | |
| İlerlemeyen travay | 39 (73.6) | 14 (26.4) | 53 (19.6) | | |
| Yardımla gebe kalma | 7 (50.0) | 7 (50.0) | 14 (5.2) | | |
| Doktor isteği | 4 (57.1) | 3 (42.9) | 7 (2.6) | | |
| Anestezi Yöntemi | | | | | |
| Genel | 125 (61) | 80 (39) | 205 (75.9) | 0.624 | 0.732 |
| Spinal | 25 (58.1) | 18 (41.9) | 43 (15.9) | | |
| Kombine | 15 (68.2) | 7 (31.8) | 22 (8.1) | | |
| Sonraki Doğumda | | | | | |
| Sezaryen Tercihi | | | | | |
| Tercih ediyor | 67 (50.8) | 65 (49.2) | 132 (48.9) | 11.651 | 0.003** |
| Tercih etmiyor | 83 (70.9) | 34 (29.1) | 117 (43.3) | | |
| Çocuk istemiyor | 15 (71.4) | 6 (28.6) | 21 (7.8) | | |
| Doğum Şekli Tercihi[§] | | | | | |
| Vajinal doğum | 130 (65.3) | 69 (34.7) | 199 (76.8) | 7.979 | 0.005** |
| Sezaryen | 27 (45.0) | 33 (55.0) | 60 (23.2) | | |

Ki-Kare Test ** $p < 0.01$

[§]Doğum şeklini düşünmeyen 1 kişi karşılaştırma dışı bırakılmıştır ve fisher exact test uygulanmıştır

Sezaryenle doğum yapan kadınlarda sezaryen endikasyonlarına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Sezaryenle doğum yapan kadınlarda anestezi yöntemlerine göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Sezaryenle doğum yapan kadınlarda sonraki doğumda sezaryen tercih etme durumlarına göre doğum deneyim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.003$; $p<0.01$). Sonraki doğumda sezaryenle doğumu tercih etmeyen kadınlarda daha az pozitif 1-5 puan arasında olma oranı (%70.9), sonraki doğumda sezaryeni tercih eden kadınlardan (%50.8) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p:0.001$; $p<0.01$). Doğum deneyim puanlarına göre kadınların diğer tercih durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Vajinal doğumu tercih eden sezaryenle doğum yapan kadınlarda daha az pozitif 1-5 puan arasında olma oranı (%65.3), sezaryenle doğumu tercih eden kadınlardan (%45) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p:0.005$; $p<0.01$).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular altı başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır;

7.1. Primipar Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.1.1, Tablo 6.1.2, Tablo 6.1.3, Tablo 6.1.4, Tablo 6.1.5)

7.2. Primipar Kadınların Beklenti Parametrelerine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.2.1, Tablo 6.2.2, Tablo 6.2.3, Tablo 6.2.4, Tablo 6.2.5, Tablo 6.2.6)

7.3. Vajinal Doğum Yapan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.3.1, Tablo 6.3.2)

7.4. Sezaryen Olan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.4.1).

Araştırma kapsamına alınan primipar kadınların %60'ının doğum şekli sezaryendir. Bu oran Erzurum'da yapılan araştırmada %34.3, Trabzon'da yapılan araştırmada %36, Kahramanmaraş'ta %40.2, İzmir'de yapılan araştırmada %40.2, Düzce'de yapılan araştırmada %47.2, Manisa'da yapılan araştırmada %52, Ankara'da yapılan araştırmada %56 olarak saptanmıştır, Konakçı ve Kılıç (84), Mayda ve ark (85), Coşkun ve ark (78), Pınar ve ark (86), Uçum ve ark (72), Aran ve ark (31), Çelik ve ark (87). Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014'e göre ülkemizde 2014 yılı sezaryen oranı %51'dir, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (65). Yapılan araştırmalar Türkiye verileri ile benzer olsa da araştırma grubumuzda sezaryen oranı Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bu durumun araştırma grubumuzun özel hastanede doğum yapan kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı söylenebilir.

7.1. Primipar Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerin tartışılması yapılmıştır. Kadınlar sezaryen olanlar ve vajinal doğum yapanlar şeklinde iki grup halinde ele alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların **sosyodemografik özellikleri** incelendiğinde; kadınların yaş ortalaması 29.74 ± 4.54 (min:19, max:46) olup çoğunluğu (%38.4) 30-34 yaş aralığındadır. Benzer şekilde TNSA 2013 verilerine göre evlenmiş kadınların çoğunluğu bu yaş aralığında bulunmaktadır, TNSA (88). Doğum şekline göre kadınların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Vajinal doğum yapma oranı 19-24 yaş aralığında daha yüksek iken 25 yaş üzerindeki kadınlar daha çok sezaryen olmaya eğilimlidir ($p=0.007$) (**Tablo 6.1.1**). Yapılan araştırmalarda sezaryen olan primiparlarda anne yaşının, vajinal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur, Yaşar ve ark (89), Gözükara ve Eroğlu (90). Başka bir araştırmada 18-24 yaş aralığındaki kadınlar sezaryen karar verme oranının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur, Vatansever ve Okumuş (14). Ankara’da primipar kadınlarda yapılan başka bir araştırmada 30 yaş üzeri kadınların daha fazla sezaryen olduğu belirlenmiştir, Gözükara ve Eroğlu (90). Araştırma sonuçlarımız benzer araştırmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırma grubumuzda sezaryen olan kadınların yaş ortalaması 28.72 (SD=4.54)’dir (**Tablo 6.1.1**). Benzer araştırmalarda sezaryen olan kadınların yaş ortalaması Isparta’da 28.09, Erzurum’da 29.5, İstanbul’da 28.9 olarak bulunmuştur, Özkaya (91), Yılmaz ve ark (92), Uzunçakmak ve ark (93). Araştırma sonuçlarımız sezaryen olan kadınların yaş ortalaması açısından diğer araştırmalarla benzer sonuçlara sahiptir.

Kadınların **eğitim durumu** incelendiğinde; araştırma grubumuzun çoğunluğu (%69.1) üniversite mezunudur. Benzer şekilde TNSA 2013 verilerine göre İstanbul bölgesinde yaşayan kadınların çoğunluğu (%33.1) lise ve üzeri eğitime sahiptir (TNSA (88)). Örneklem grubumuzun eğitim durumu ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Benzer araştırmalarda öğrenim düzeyi ile sezaryen oranı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir, Yaşar ve ark (89), Gözükara ve Eroğlu (90). Araştırma sonuçlarımız diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların **çalışma durumu** incelendiğinde; araştırma grubunun çoğunluğu (%67.1) gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Araştırma grubumuzda çalışan kadınlarda sezaryen olma oranı daha yüksektir ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Benzer bir araştırmada çalışan kadınlar arasında sezaryen oranının yüksek olduğu saptanmıştır, Yaşar ve ark (89). Başka bir araştırmada çalışmayan kadınlar daha çok vajinal doğum yapmayı tercih etmiştir, Vatansever ve Okumuş (14). Çalışan kadınlar, düzenli çalışma hayatına sahip olduklarından dolayı doğumlarını da planlama ihtiyacı duymaktadır. Sezaryen için ise günü ve saatinin planlanması mümkün olduğundan çalışan kadınların daha çok sezaryen olmayı tercih ettikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda **aile tipine** göre doğum şekli arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Gözükara ve Eroğlu (2008) çalışmasında aile tipine göre doğum şekli arasında ilişki bulunmadığından bizim çalışmamızı desteklemektedir, Gözükara ve Eroğlu (90).

Çalışmamızda kadınların **ekonomik duruma** göre doğum şekilleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Benzer araştırmalarda kadınların ekonomik durumu ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır, Gözükara ve Eroğlu (90), Uçum ve ark (72), Karabulutlu (13), Vatansever ve Okumuş (14). Araştırma sonuçlarımız diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda **sağlık güvencesine** göre doğum şekli arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Literatürde yer alan benzer

araştırmalarda kadınların sağlık güvencesi ile doğum şekli arasında ilişki olmadığı saptanmıştır, Gözükkara ve Eroğlu (90), Uçum ve ark (72), Karabulutlu (13), Vatansever ve Okumuş (14). Araştırma sonuçlarımız benzer araştırmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **gebeliğin oluş şekli** incelendiğinde %6.4'ünün yardımcı üreme teknikleri ile gebe olma şansını yakaladığı belirlenmiştir. Doğum şekli ile gebeliğin oluş şekli arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.3**). Edirne'de yapılan bir araştırmada kadınların %3.8'i, Ankara'da yapılan bir araştırmada %10'u yardımıyla gebe kalmıştır. İstanbul'da yapılan başka bir araştırmada sağlık ęalıřanları arasında yardımıyla gebe kalma oranı %3, sağlık ęalıřanı olmayan grupta %2'dir, şahin ve Kılıçarslan (94), Gözükkara ve Eroğlu (90), Akyol ve ark (95). Benzer araştırmalarda gebeliğin oluş şekli ile sezaryen olma arasında ilişki olduğu, yardımıyla gebe kalan kadınlar arasında sezaryen oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir, Yaşar ve ark (89), Gözükkara ve Eroğlu (90). Yardımıyla gebe kalındığı durumlarda dünyaya gelecek bebekler “ kıymetli bebek” olarak nitelendirilmekte ve doğum esnasında meydana gelebilecek herhangi bir komplikasyondan korunma amacıyla sezaryen uygulanmaktadır. Doktorlar tarafından da sezaryenin daha güvenli olduğu düşünölmektedir.

Araştırmaya katılan kadınlarda **gebeliğin planlanma durumu** incelendiğinde; %79.6'sının planlı olduğu %6.4'ünün ileri tarihe planlı olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerine göre ölkemizde gebeliklerin %74.1'i planlı, %11.2'si ileri tarihe planlıdır, TNSA (88). Malatya'da primipar kadınlarda yapılan bir araştırmada gebeliklerin %89.8'inin planlı olduğu, Erzurum'da yine primipar kadınlar arasında %96.6'sının planlı gebelik olduğu belirlenmiştir, Timur ve şahin (12), Apay ve Pasinlioğlu (9). Araştırmamızda gebeliğin planlı olma durumu ile doğum şekli arasında ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.3**). Benzer araştırmalarda da gebeliğin planlı olma durumu ile doğum şekli arasında ilişki olmadığı ortaya ęıkımmıřtır, Karakaplan (74), Gözükkara ve Eroğlu (90). Sonuçlarımız gebeliğin planlama durumu ve bunun doğum şekline etkili olmaması açısından literatürdeki araştırmalar ile benzer sonuçlara sahiptir.

Araştırmaya katılan kadınlarda **doğum şekli tercihi** incelendiğinde; %83.1'i gebeliği sırasında vajinal doğum yapmayı tercih ettiği belirlenmiştir. Doğum şekli tercihi ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.3**). Gebeliği sırasında vajinal doğum yapmayı tercih eden kadınlar, çoğunlukla vajinal doğum yapmış, kararsızlık yaşayanlar ise büyük oranda sezaryen olmuştur. Benzer araştırmalarda kadınlarda vajinal doğum tercihi, %55.6-84 arasında değişmektedir, Yaşar ve ark (89), Vartansever ve Okumuş (14), Özkan ve ark (17), Karakaplan (74), Bektaş (75). Kadınların, gebelikleri sırasında doğum şekli konusunda karar vermelerine yardımcı olunmasının vajinal doğumu artırıcı bir özelliğe sahip olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınlarda **toplam gebelik haftası** ortalaması 38.8 (SD=1.06)'dır. Vajinal doğum yapan ve sezaryen olan kadınlar arasında toplam gebelik haftası farklılık göstermektedir. Sezaryen olan kadınlarda 38. gebelik haftasında olma vajinal doğum yapan kadınlarda ise 40 haftada olma daha yaygındır. Toplam gebelik haftası ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.4**). Erzurum'da 2002-2007 yılları arasında 4389 sezaryen hastası üzerinde yapılan araştırmada kadınların ortalama gebelik haftası 37 bulunmuştur, Yılmaz ve ark (92). İstanbul'da yapılan başka bir araştırmada 2005-2012 yılları arasında 4137 sezaryen hastasında yapılan araştırmada gebelik haftası 38 hafta olarak saptanmıştır, Uzunçakmak ve ark (93). İzmir'de yapılan bir araştırmada ise gestasyonel yaşın 37 haftadan az olduğu durumlarda daha fazla sezaryen yapıldığı belirlenmiştir, Konakçı ve Kılıç (84). Gebeliğin normal süresi 38-42 hafta olmasına rağmen çoğu kadın henüz miadı dolmadan ya da miadın başında sezaryene alınmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınlarda **doğum saati aralığı** çoğunlukla mesai saatleri olan 08:00-17:59 arasındadır. Doğum saati aralığı ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.4**). Mesai saatlerinde sezaryen oranı daha yüksek iken vajinal doğum oranı düşmektedir. Kadınlar daha çok mesai sonrası saatlerde vajinal doğum yapmaktadır. Sezaryen operasyonları genellikle planlı olarak yapıldığı için mesai saatlerinde gerçekleştirilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **bebeklerinin cinsiyeti** %47.3 kız, %52.7 erkektir. Bebeğin cinsiyeti ile doğum şekli arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.5**). Benzer araştırmalarda %49.9-55.1 oranında erkek, %45.1-50.6 oranında kız bebek dünyaya gelmiştir, Konakçı ve Kılıç (84), Özkaya (91), Güney ve ark (96), Coşkun ve ark (78), Gül (97), Bryanton et al (98), Yılmaz ve ark (92), Uzunçakmak ve ark (93). Bebeğin cinsiyeti ile ilgili araştırma sonuçlarımız diğer araştırmalarla benzerdir.

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinin **doğum ağırlığı** incelendiğinde; çoğunluğunun 3000-3499 gram arasında olduğu belirlenmiştir. Sezaryen olan kadınlarda bebeklerin doğum ağırlığı, vajinal doğum yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.5**). Diğer araştırmalarda bebeklerin doğum ağırlığı ile doğum şekli arasında ilişki saptanmamıştır. Bizim araştırmamızda kadınlar, çoğunlukla erken gebelik haftalarında sezaryene alındıkları için doğum ağırlığı düşük çıkmış olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinin **birinci ve beşinci dakika APGAR** skorları incelendiğinde; birinci dakika skorlarının ortalama 8.69 (SD=0.93), beşinci dakika ortalamalarının 9.69 (SD=0.56) olduğu belirlenmiştir. Vajinal doğum ile dünyaya gelen bebeklerde birinci dakika 9-10 puan arasında olma sezaryenli bebeklere göre daha yaygındır. Bebeklerin birinci dakika APGAR skoru ile doğum şekli arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.5**). Gül (2008) tarafından yapılan araştırmada vajinal doğum ile dünyaya gelen bebeklerin birinci dakika APGAR skoru sezaryen ile dünyaya gelen bebeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur, Gül (97). Karakaplan (2007) tarafından yapılan araştırmada bebeklerin beşinci dakika APGAR skorları da doğum şekline göre farklı bulunmuştur. vajinal doğum ile dünyaya gelen bebeklerin skorları sezaryen bebeklerinden daha yüksektir, Karakaplan (74). Bizim araştırmamızda beşinci dakika APGAR skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.5**).

7.2. Primipar Kadınların Beklenti Parametrelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınların doğum şekli tercihlerinin temelinde doğumdan beklentileri yatmaktadır. Doğum beklentilerinin merkezinde ise doğum deneyimine yanıtları ve doğum sonu süreçte iyileşme yer almaktadır. Doğum deneyiminden memnun olmayan kadınların doğum ve doğum sonu süreçlerinin de etkilenmesi muhtemeldir. Annenin doğumdan memnun olmaması anksiyete, korku, erken dönem anne bebek ilişkisinin kurulamaması, postpartum depresyon, evde rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi endişesi gibi birçok sorunu da beraberinde getirebilmektedir, Karabulutlu (13). Beklenilenden farklı doğum deneyimi olan kadınların doğumdan sonra yoğun negatif duygulara sahip oldukları belirtilmiştir, İsbir ve İnci (99). Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların doğum esnasında beklentileri sekiz parametrede, karşılanma durumu ise üç düzeyde incelenmiştir.

Kadınlar doğum esnasında kendilerine destek olacak birine ihtiyaç duymaktadır. Bryanton et al (2006)'e göre kaliteli bir doğum deneyiminin en önemli belirleyicisi hemşirelik girişimleridir, Bryanton et al (98). Waldenström (1999) tarafından 1111 kadında yapılan araştırmada ebe desteğinin memnuniyeti olumlu yönde etkilediği saptanmıştır, Waldenström (83). Kadınların doğum esnasında sağlık personellerine yönelik destek algısı arttıkça algılanan kontrolün arttığı, anksiyete ve negatif ruh halinin azaldığı belirlenmiştir, İsbir ve İnci (99). Doğum yapan kadınların sağlık çalışanlarından “davranış ve iletişim” yönünden beklentileri bulunmaktadır. Destek olunması, bilgi verilmesi, yardımcı olunması, ağrıların dindirilmesi, bebek bakımı, sorulara cevap verilmesi vs beklentiler dikkat çekmektedir, Pınar ve ark (86).

Araştırmaya katılan kadınların, doğum esnasında **ebe veya hemşire desteği** beklentileri incelendiğinde; yarıdan biraz fazlası (%64.4) beklenenin üstünde olduğunu ifade etmiştir (**Tablo 6.2.1**). Primipar kadınlarda yapılan bir araştırmada kadınların doğum esnasında sağlık personeli desteğini büyük çoğunlukla yeterli gördüğü ifade edilmiştir. Verilen bakımı yetersiz gören kadınlar (%52.4), en fazla sağlık personelinin sayısal yetersizliğini neden olarak görmektedir. Ancak hastaların önemli bir bölümü (%38.1) sağlık personelinin hastaları önemsemediklerini

düşünmektedir, Timur ve Şahin (12). İstanbul'da yapılan başka bir araştırmada sezaryen olan kadınların %44'ü, vajinal doğum yapanların %36'sı beklentilerinin hiç karşılanmadığını ifade etmişlerdir. Annelerin beklentisi genelde davranış ve iletişim yönündedir, Karakaplan (74). Lohusalarda yapılan başka bir araştırmada annelerin %70'inin ebe/ hemşirelerden beklentisi olduğu saptanmıştır. Annelerin %88'i sunulan hemşirelik bakımını iyi olarak değerlendirmiş ve bunun doğum sonu konforlarını olumlu yönde etkilediği (%94) belirtilmiştir, Pınar ve ark (86). Isparta'da yapılan bir araştırmada hastalar %86.6 oranında hemşirenin ilgisini yeterli bulmaktadır, Uzun ve ark (100). Araştırmamızda sezaryen olanlarda ebe veya hemşire desteğinin beklenen düzeyde olması, vajinal doğum yapanlarda beklenen düzeyin üzerinde olması anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$). 15288 kadında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada sürekli destek alan kadınlarda vajinal doğum oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir, Hodnett et al (101). Doğum esnasında kadınların ebe veya hemşireye yönelik destek algıları arttıkça vajinal doğum yapma oranları artmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların, **doğum veya sezaryen esnasında korku** beklentileri incelendiğinde; %39.3'ü beklenenin üstünde olduğunu ifade etmiştir (**Tablo 6.2.2**). Doğum şekli ile kadınların korku beklentileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Benzer araştırmalarda kadınların doğum şekli ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki olmadığını ortaya çıkarmıştır, Dönmez ve Yenieli (102), Uçum ve ark (72). Kadınlarda doğum/ sezaryen korkusu ile doğum şekli arasında ilişki bulunmamıştır. Kadınlar, her durumda belirli bir düzeyde doğum korkusu yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların **doğum veya sezaryen esnasında kaygı** beklentileri incelendiğinde; çoğunluğunun (%34.2) beklenenin üstünde kaygı yaşadığı belirlenmiştir. Kadınlarda kaygı düzeyi ile doğum şekli arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Sezaryen olan kadınların kaygı düzeyi vajinal doğum yapan kadınlardan daha yüksektir (**Tablo 6.2.3**). Dönmez ve Yenieli (2014) tarafından İzmir'de yapılan araştırmada gebelerin antepartum kaygı puan ortalamalarının postpartum kaygı puan ortalamalarından yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur. Gebe kadınların doğum yöntemi ne olursa olsun antepartum kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu, bu durum kadınların vajinal doğum ya da sezaryen doğuma karşı değil, doğumun kendisine karşı bir kaygı durumu yaşadıklarını göstermektedir, Dönmez ve Yeniell (102). Araştırmamızda kadınların doğum esnasında kaygı düzeyleri ile doğum şekli arasında ilişki bulunurken benzer araştırmalarda ilişki bulunmamaktadır. Bu durum araştırma grubumuza alınan kadınlarda elektif, acil sezaryen ayırımı yapılmamasından ileri gelebilir. Kadınların doğum esnasında yaşadıkları yüksek oranda kaygı, doğumun sezaryen ile sonuçlanmasına neden olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan kadınların **doğum veya sezaryen esnasında ağrı** beklentileri incelendiğinde; çoğunluğunun (%46.9) beklenenin üstünde olduğu, kadınların ağrı beklentileri ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ağrının beklenenin üstünde olma oranı vajinal doğum yapan kadınlarda daha çok iken beklenenin altında olma oranı sezaryen olan kadınlarda daha yüksektir ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.4**). Uçum ve ark (2010) tarafından Manisa'da 266 kadında yapılan araştırmada vajinal doğum yapanlar, sezaryen olanlara göre doğum olayının tahmin ettiklerinden daha ağrılı olduğunu söylemiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur, Uçum ve ark (72). Kadınlar, vajinal doğumu sezaryene göre daha ağrılı bulmakta ve vajinal doğumda beklediklerinin üzerinde ağrı deneyimi yaşamaktadırlar.

Araştırmaya katılan kadınların **doğum veya sezaryen sonrası ağrı** beklentileri incelendiğinde; çoğunluğunun beklenenin altında olduğu, beklenenin üstünde olma oranının sezaryen olanlarda, beklenenin altında olma oranının ise vajinal doğum yapanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.5**). Pınar ve ark (2009) tarafından Ankara'da yapılan araştırmada sezaryen olan kadınlarda sezaryen sonrası sorun yaşama oranı, vajinal doğum sonrası sorun yaşama oranına göre yüksek bulunmuştur. Özellikle primipar kadınlar, multiparlara göre daha fazla sorun yaşamaktadır, Pınar ve ark (86). Kadınlar sezaryen olarak vajinal doğum ağrısından kurtulduklarını düşünseler de doğum sonrası dönemde daha çok sorun yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan kadınlarda **mahremiyetin** korunması konusunda beklentileri incelendiğinde; çoğunluğu (%74.2) beklenenin üzerinde olduğunu ifade etmiş, doğum şekli ile mahremiyet beklenti düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 6.2.6**). Pınar ve ark. (2009) tarafından Ankara’da lohusalara yapılan araştırmada annelerin hastanede kaldığı süre içinde buldukları ortamı değerlendirme yaptıklarında %92 oranında mahremiyete iyi olarak önem verildiği saptanmıştır. Genel olarak kadın doğum servislerinde kadınların mahremiyet konusundaki beklentilerinin karşılandığı düşünülebilir, Pınar ve ark (86).

7.3. Vajinal Doğum Yapan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan ve vajinal doğum yapan kadınların yarıya yakını (%41.1) düzenli kontraksiyonları başlamadan hastaneye başvurmuştur. Ayrıca çoğunluğunun (%59.4) doğumun birinci evresinin latent fazında hastaneye başvurduğu görülmektedir (**Tablo 6.3.1**). Kadınlarda doğum için hastaneye erken evrelerde başvurdukları söylenebilir. Vajinal doğum yapan kadınlardan doğumun birinci evresinin geçiş fazında (8-10 cm) hastaneye gelenlerin doğum deneyim puanları diğer vajinal doğum yapan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6.3.1**). Gebe polikliniğinde yapılan bir araştırmada son trimesterde olan 19 gebenin doğumda vajinal muayeneden korktukları saptanmıştır, Serçekuş ve Okumuş (2). Araştırmamızda kadınların hastanede kalma süresinin kısa olması ve fazla müdahaleye maruz kalmadan doğum yapmış olmaları onların doğumdan deneyimlerini daha iyi olarak algılamalarına sebep olmuş olabilir.

Vajinal doğum yapanların **sonraki doğumda vajinal doğum tercihleri** incelendiğinde; dörtte üçünün (%75) vajinal doğum tercih ettiği ortaya çıkmıştır (**Tablo 6.3.1**). Benzer araştırmalarda vajinal doğum yapan kadınların sonraki doğumlarında vajinal doğum tercih etme oranlarının %63-96.4 arasında değiştiği görülmektedir, Yaşar ve ark (89), Sayiner ve ark (16), Karabulutlu (13), Uçum ve ark (72). Kadınlar, genellikle sağlık için daha uygun olduğundan dolayı vajinal doğumu tercih etmektedir, Yaşar ve ark (89), Sayiner ve ark (16), Karabulutlu (13).Vajinal

doğum yapan kadınlar, sonraki doğumda tekrar vajinal doğum yapmayı tercih etmektedir.

Araştırmaya katılan, vajinal doğum yapan primipar kadınların **epizyotomi** yapılma durumu incelendiğinde; kadınların %91.7'sine epizyotomi yapılmıştır. Epizyotomi yapılmayan grupta doğum deneyim puanı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir (**Tablo 6.3.2**). Başka bir araştırmada primipar gebeler arasında epizyotomi oranı %96.7, multipar gebeler arasında %51.8 olarak bulunmuştur, Sayiner ve Demirci (103). Spontan vajinal doğum yapan 2329 kadından %91.2'sine epizyotomi uygulanmıştır, Gül (97). Epizyotominin rutin kullanımı hakkında tartışmalar devam etmesine rağmen dünyada çoğu ülkede epizyotomi kullanılmaktadır. Epizyotomi kullanımı Hollanda'da %8, İngiltere'de %14, USA'da %50 civarında, doğu Avrupa ülkelerinde ise %99'dur. Son trimester gebelerde yapılan bir araştırmada gebelerin doğumda epizyotomi yapılmasından korktukları belirlenmiştir, Serçekuş ve Okumuş (2). Yapılan araştırmalarda epizyotomi yapılmayan kadınlarda doğum memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir, Özcan ve Aslan (104). Epizyotominin maternal ve fetal endikasyon olduğunda kullanılması ve rutin kullanımından kaçınılması posterior perineal travmayı azaltmakta, daha az suture kullanılmakta ve iyileşme oranları artmaktadır. Anterior vajinal ve labial travma bir miktar artmıştır ancak, bu daha az morbidite ile ilişkili bulunmuştur, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (46). Ülkemizde yapılan araştırmalarda epizyotomi çok fazla kullanılmakta olduğu görülmektedir. Araştırmamızda Türkiye'de yapılan diğer araştırmalarla benzer şekilde epizyotomi oranları yüksektir. Doğum deneyimi açısından epizyotomi yapılan ve yapılmayanlar arasında fark olmamasının nedeni araştırmanın özel bir hastanede yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan, vajinal doğum yapan primipar kadınların doğumda yapılan **diğer müdahaleler** incelendiğinde; kadınların %51.1'ine amniyotomi, %1.1'ine vakum, %62.8'ine fundal bası, %58.3'üne lavman, %59.4'üne indüksiyon yapılmıştır. Doğumların neredeyse tamamına yakınının müdahaleli gerçekleştiği görülmektedir. Vajinal doğum yapan kadınların %10'una 1 uygulama, %15.6'sına 2

uygulama, %32.2'sine 3 uygulama, %25'ine 4 uygulama, %17.2'sine 5-6 uygulama yapılmıştır (**Tablo 6.3.2**). Benzer bir araştırmada vajinal doğum yapan 600 kadından %90'ına lavman, oksitosin indüksiyonu ve epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir, Özcan ve Aslan (104). İstanbul'da yapılan diğer araştırmalarda doğumda oksitosin indüksiyonu kullanımı %16.4 ve %34.1'dir, Şahin ve ark (105), Gül (97). Başka bir araştırmada beş yıl toplam 31497 doğumda vakum kullanımı %0.4'tür, Karakuş ve ark (44). Doğumda vakum kullanımı, sezaryen oranlarının artmasıyla birlikte hemen hemen terk edilmektedir. Ancak diğer müdahaleler rutin olarak doğumlarda uygulanmaktadır. Araştırma grubumuzda doğuma müdahalenin oldukça yüksek oranda gerçekleştiği söylenebilir.

Araştırma grubumuzda indüksiyon uygulanan grup ile uygulanmayan gruplar arasında doğum deneyim puanları açısından fark rastlanmamıştır (**Tablo 6.3.2**). Başka bir araştırmada doğumu doğal yoldan başlayan kadınların suni yoldan başlatılanlara göre doğum deneyimlerinden daha memnun olduklarını belirlenmiştir. Doğumu suni yoldan başlatılanlar daha çok ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir, Shetty et al (106). Waldenström (1999) tarafından yapılan araştırmaya göre kadınlarda doğumu hızlandırmanın memnuniyeti negatif etkilediği saptanmıştır, Waldenström (83). Yapılan randomize kontrollü çalışmada gecikmeli doğumu hızlandırmak yüksek doza karşı düşük doz oksitosin kullanılmıştır. Kadınların doğum deneyim algıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır, Kenyon et al (40). Bizim araştırmamızda indüksiyonun doğum deneyim puanını etkilememesine rağmen diğer araştırmalarda doğumda indüksiyon uygulamasının kadınların doğum deneyimlerini önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir. Araştırma grubumuzdaki kadınların özel hastanede doğum yapmış olması doğum deneyimlerini etkilemiş olabilir.

Araştırma grubumuzda vajinal doğum yapan kadınların doğumda ağrıyı azaltmak amacıyla yapılan farmakolojik müdahaleler incelendiğinde narkotik analjezik kullanımının %19.4, epidural analjezi kullanımının ise %12.6 olduğu belirlenmiştir. Doğumda narkotik analjezik ve epidural kullanılan kadınlarda doğum deneyim puanının daha düşük, kullanılmayanlarda doğum deneyim puanının daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (**Tablo 6.3.2**).

Benzer bir araştırmada epidural kullanımı %15.8'dir, Duman ve ark (3). 1111 kadın üzerinde yapılan araştırmada epidural uygulanan kadınlarda doğum deneyim puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha dūřüktür, Waldenström (83). Bizim araştırmamızda doğumda analjezi kullanılan ve kullanılmayan kadınlar arasında doğum deneyim puanı açısından fark olmaması araştırmanın özel bir hastanede yapılmasından kaynaklandığı dūřünölmektedir.

Araştırmaya katılan vajinal doğum yapan kadınlarda doğum esnasında %72.2'si aktif hareket etmiş, ancak %92.8'sinin oral alımı kısıtlanmıştır. Kadınların %27.2'sinde de doğumdan sonra bebeklerin anne ile ten tene temasına imkan sağlanmıştır.

7.4. Sezaryen Olan Primipar Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sezaryen olan primipar kadınların **sonraki doğumda sezaryen tercihi** sorulduğunda %48.9'u tekrar sezaryeni tercih edeceğini, %43.3'ü vajinal doğum tercih edeceğini ifade etmiştir. Başka bir araştırmada sezaryen olan primipar kadınların %45.4'ünün sonraki doğumda vajinal doğum yapmak istedikleri belirlenmiştir, Yaşar ve ark (89). Benzer araştırmalarda sezaryen olan kadınların sonraki doğumlarında tekrar sezaryen tercih etme oranları %72.7- 60.7 arasında değiştiği görölmektedir, Uçum ve ark (72), Yanikkerem ve ark (70). Dięer araştırmalarda primipar kadınların sonraki doğum tercihleri bizim araştırma ile benzer sonuçlara sahipken sadece primiparların bulunmadığı çalışmalarda daha yüksek sezaryen tercihi oranlarına rastlanmaktadır. Sezaryen deneyimleri daha fazla olan kadınlar, sezaryen sonrası vajinal doğum yapma ortamının onlara sağlanamamasından dolayı bu durumu kabullenmiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bir kez sezaryen hep sezaryen anlamına gelmese de bizim ölkemizde kadınların genel olarak böyle bir doğum ortamına sahip olmadığı dūřünölmektedir.

Araştırmaya katılan ve sezaryen olan primipar kadınların **sezaryen endikasyonları** incelendiğinde; %20.7'sinin isteğe bağlı sezaryen olduğu belirlenmiştir. Benzer araştırmalarda sezaryen olan kadınların %6.8, %11.1, %14.4 ve %23.3 oranında anne isteği endikasyonu ile sezaryen oldukları ortaya çıkmıştır, Yaşar ve ark (89), Duman ve ark (3), Akyol ve ark (95), akmak ve ark (73). Bizim araştırmamızda isteğe

bağlı sezaryen oranının yüksek olması araştırmanın özel hastanede yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmamıza katılan kadınlardan tıbbi nedenlerle sezaryen olanların çoğunlukla (%30.4) fetüs ve eklerine ait nedenlerle sezaryen olduğu belirlenmiştir. Başka bir araştırmada aynı şekilde primer sezaryen olgularının endikasyonları sıklıkla baş pelvis uygunsuzluğu ve fetal distres gibi fetüse ait nedenlerdir, Eskicioğlu ve ark (107). Diğer araştırmalarda ise kadınların sezaryen olmasının en büyük nedeni eski sectio endikasyonudur ve ardından fetüse ait nedenler gelmektedir, Güney ve ark (96), Karakaplan (74), Coşkun ve ark (78), Gül (97), Yılmaz ve ark (92), Tekirdağ ve Cebeci (108), Uzunçakmak ve ark (93). İlk kez sezaryen olan kadınlarda sezaryen endikasyonu olarak en başta fetüse ait nedenler gelmekte, daha önce sezaryen olan kadınlarda ise eski sectio en büyük sezaryen nedenidir.

Araştırmamıza katılan ve sezaryen olan primipar kadınların **anestezi yöntemi** incelendiğinde; çoğunluğunda (%75.9) genel anestezi uygulanmıştır. Benzer araştırmalarda sezaryen esnasında genel anestezi kullanımı %46-61 arasında değişmektedir, Yılmaz ve ark (92), Çağlayan ve ark (69), Uzunçakmak ve ark (93), Yanıkkkerem ve ark (69). Araştırmamız özel hastanede yapılmasına rağmen genel anestezi yönteminin diğer hastanelere göre daha fazla kullanılması epidural anestezide kullanılan sarf malzeme ve ilaçların daha pahalı olması ve bu nedenle hastalar tarafından tercih edilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- İleri yaştaki kadınlar daha çok sezaryen olmaktadır.
- Kadınlarda eğitim durumu ile sezaryen olma arasında ilişki bulunmamaktadır.
- Çalışan kadınlar, daha çok sezaryen olmaktadır.
- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar daha çok sezaryen olmaktadır.
- Gebelik sırasında doğum şekli tercihi konusunda kararsız kalan kadınlar daha çok sezaryen olmaktadır.
- Sezaryen olan kadınlarda 38 gebelik haftasında olma, vajinal doğum yapan kadınlarda 40 haftada olma daha yaygındır.
- Sezaryenler daha çok mesai saatlerinde yapılmaktadır.
- Sezaryen olan kadınların bebeklerinin doğum ağırlığı vajinal doğum yapan kadınlara göre daha düşüktür.
- Sezaryen ile dünyaya gelen bebeklerin APGAR skorları vajinal doğum ile dünyaya gelen bebeklere göre daha düşüktür.
- Doğum esnasında kadınların ebe ve hemşireye yönelik destek algıları arttıkça vajinal doğum yapma oranları artmaktadır.
- Gebelik sırasında doğum ile ilgili yoğun kaygılar doğumun sezaryen ile sonuçlanmasına neden olmaktadır.
- Vajinal doğum yapan kadınlar doğum esnasında sezaryen olanlar sezaryen sonrasında daha çok ağrı yaşamaktadır.
- Kadınlar düzenli kontraksiyonları başlamadan doğum için hastaneye başvurmaktadır.
- Kadınlar çoğunlukla doğumun henüz latent fazında hastaneye başvurmaktadır. Geçiş fazında hastaneye başvuranların doğum deneyimleri anlamlı derecede daha iyidir.
- Vajinal doğum yapan kadınlar çoğunlukla sonraki doğumda vajinal doğum yapmayı tercih etse de oranları düşüktür.

- Vajinal doğum yapan kadınlara epizyotomi, amniyotomi, fundal bası, indüksiyon gibi doğuma müdahale uygulamaları yüksek oranlarda yapılmaktadır.
- Vajinal doğum esnasında oral alım kısıtlanmakta ve doğum sonrası anne ve bebek bağlanmasında çok önemli bir yeri olan ten tene temas ihmal edilmektedir.
- Kadınlar çoğunlukla fetal nedenlerden dolayı sezaryen olmaktadır ve doğumda anneden çok bebeğin sağlığı ön planda tutulduğu anlaşılmaktadır.
- Sezaryen olan kadınlar sonraki doğumda vajinal doğum yapmayı tercih etmektedir.

Öneriler

- Kadınlar antenatal muayeneler sırasında sosyodemografik özelliklerine göre ileri yaşta ve çalışan kadınlara doğum ile ilgili eğitimler yoluyla destek sağlanmalıdır.
- Antenatal izlemler sırasında doğum şekli konusunda kararsızlık yaşayan kadınlara ve yardımla gebe kalan kadınlara vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi verilmeli ve vajinal doğum konusunda antenatal destek sağlanmalıdır.
- Doğuma yönelik endişeler konusunda antenatal dönemde kadınlara eğitim verilmesi ve gebelik ve doğum izlemleri sırasında gebenin korku ve endişelerinin saptanması ve gebelere danışmanlık verilmesi önem taşımaktadır. Doğuma hazırlık sınıfları gebelerin daha olumlu doğum deneyimleri yaşamalarına yol açabilir.
- Kadınlara antenatal eğitimler verilerek doğumun başlama belirtilerinin anlatılması ve düzenli kontraksiyonları başladığında hastaneye başvurmaları anlatılmalıdır.
- Kadınlara antenatal dönemde destek olunmalı ve sezaryen sonrası vajinal doğum uygulamaları için uygun klinik alan sağlanmalıdır.

9. KAYNAKLAR

- 1- Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Bilimleri Dergisi; 4(12): 99110, 2009.
- 2- Serçekuş P, Okumuş H. Fear associated with childbirth among nulliporous women in Turkey. Midwifery; 25(2): 155-162, 2009.
- 3- Duman, Z, Köken GN, Şahin FK, Coşar E, Ariöz DT, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji Dergisi; 15(1): 7- 11, 2007.
- 4- Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler ve validasyon çalışması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 9(1): 47-54, 2008.
- 5- Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: Bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; 18(2): 89-100, 2011.
- 6- Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No.559. American College of Obstetricians and Gynecologist. Obstet Gynecol; 121: 904-7, 2013.
- 7- Türkiye’de Yüksek Sezaryen Oranı. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Sezaryen Raporu 2013, <http://www.medikalakademi.com.tr/wp-content/uploads/2013/06/tjod-sezaryen-raporu-2013.pdf>.
- 8- Kalish RB, Mccullough LB, Chervenak FA. Hastanın isteği üzerine sezaryen ile doğum. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology Turkish Edition; 2(3): 128-132, 2008
- 9- Apay SE, Pasinlioğlu T. Kesitsel bir çalışma: Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumlarının incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi; 11(1): 20-29, 2009.
- 10- Ataç A, Güven T, Gülsoy R. Sezaryen reddine etik açıdan bakış. Türkiye Klinikleri J Med Ethics; 12(4): 270-273, 2004.

- 11- Bal MD, Yılmaz SD, Beji NK. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 21(2): 136-146, 2013.
- 12- Timur S, Şahin NH. Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi; 12(1): 29-40, 2010.
- 13- Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 20(3): 210- 218, 2012.
- 14- Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi; 6(2): 81-87, 2013.
- 15- Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 19(1): 45-53, 2011.
- 16- Sayiner, FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Perinatoloji Dergisi; 17(3): 104-112, 2009.
- 17- Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. Türk J Public Health; 11(2): 59-71, 2013.
- 18- Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. Midwifery; 25: 49-59, 2009.
- 19- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrik, 23. Baskı, Çeviri Editörleri: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A , Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2010.
- 20- Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE . Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. 10. Baskı, Çeviri Editörü: Ayhan A, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2010.
- 21- O'reilly B, Bottomley C, Rymer J. Temel Obstetrik ve Jinekoloji Cep Kitabı. Çeviri Editörü: Günalp S, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
- 22- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, sayfa 275-333, 9. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009.
- 23- Arısan K, Propedötik Kadın Doğum, s 397-440, 1.Baskı, Çeltüt Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş. İstanbul, 1993.

- 24- Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi, sayfa 33-70, Nobel Tıp Kitabevi Ltd Şti., İstanbul, 2012.
- 25- Köker İ. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Temel Bilgileri sayfa 280-362, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2006.
- 26- Reveiz L, Gaitan HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No:CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.
- 27- Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No: CD006167. DOI: 10.1002/1465858.CD006167.pub4.
- 28- Ateşer G, Nurulloğlu N, Özyurt R, Calal Ö, Akbayır Ö, Ark C. Artifiyel amniotominin doğum eylemine etkisi. İstanbul Tıp Dergisi; 6(2): 14-17, 2005.
- 29- Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. 2. Baskı, Çeviri Editörü : Taşkın L, Palme Yayıncılık, Ankara, 2011.
- 30- Demirel G, Çelik DB. Doğal doğuma müdahale: Sentetik oksitosin kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi; 22(4): 157-162, 2013.
- 31- Aran T, Osmanağaoğlu MA, Şahin M, Bozkaya H. Düşük doz oksitosin protokolü ile doğum indüksiyonunun sonuçları. Bozok Tıp Dergisi; 2(2): 12-17, 2012.
- 32- Yörük Ö, Öksüzoğlu A, Üstün YE, Aktulay A, Eyi EGY, Erkaya S. Bishop skoru 4 ve altında olan gebelerde doğum indüksiyonunda dinoproston ve oksitosin kullanılmasının karşılaştırılması. Perinatoloji Dergisi; 21(3): 107-112, 2013.
- 33- Kandemir Ö, Yalvaç S. Gün aşımına ne zaman müdahale edilmelidir. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi; 1(3): 177-180, 2004.
- 34- Çetinkaya ŞE, Söylemez F. Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 66(1): 25-32, 2013.
- 35- Hurt KJ, Guile MW, Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. 4.Baskı, Çeviri Editörü: Oral E, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2013.

- 36- Kumru S, Boztosun A, Şimşek M, Sapmaz E. Doğum indüksiyonu için intravajinal misoprostol uygulamasının etkinliğinin araştırılması. Türkiye Klinikleri Obstetrik Jinekoloji Dergisi; 14(1): 7-11, 2004.
- 37- Baytur Y, Uyar Y, Özçakır HT, İnceboz Ü, Laçın S, Erbay G, Çağlar H. Doğum indüksiyonu öncesinde transvajinal serviks ölçümü: Bishop skoru ve paritenin değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi; 12(1): 33-36, 2004.
- 38- Göynüner FG, Temel M, Sadık Ş, Naki M, Kepkep K. Sezaryen sonrası vajinal doğum. Perinatoloji Dergisi; 14(4): 176-182, 2006.
- 39- Dündar Ö, Tütüncü L, Müngen E, Muhcu M, Bodur S, Yergök YZ. Doğum indüksiyonunda intravajinal misoprostol ile oksitosin infüzyonu uygulamasının, oksitosin infüzyonu ile karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst; 16(6): 239-245, 2006.
- 40- Kenyon S, Takumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007201. DOI: 10.1002/14651858.CD007201.pub3.
- 41- Verheijen EC, Raven JH, Hofmery GJ. Fundal pressure during the second stage of labour for improving maternal and fetal outcomes. Pregnancy and Childbirth Group, <http://pregnancy.cochrane.org>.
- 42- Hasegawa J, Sekizawa A, Ishiwata I, Ikeda T, Kinoshita K. Uterine rupture after the uterine fundal pressure maneuver. J Perinat Med., 2014. pii: /j/jpme.ahead-of-print/jpm-2014-0284/jpm-2014-0284.xml. doi: 10.1515/jpm-2014-0284.
- 43- Moitety FM, Azzam AZ. Responce to uterine fundal pressure: Is it really a culpirt of poor maternal and neonatal outcome? By shigeki matsubara. J Obstet Gynaecol; 40(10):2123-4. Doi: 1011111/jog.12453. Epub 2014 Aug 11.
- 44- Karakuş R, Anğın D, Temizkan O, Polat M, Şanverdi İ, Karakuş S, Ekinci F. Vakum ile operatif vajinal doğumun perinatal etkileri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni; 48(3): 192-197, 2014.
- 45- Sanhal CY, Kazandı M, İtil İM. Vakum ekstraksiyonuyla vajinal doğum. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi; 8(4): 231-237, 2011.

- 46- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vajinal delivery Green-top Guideline 26: RCOG, 2011.
- 47- Kartal B, Özhan T, Cırık M. Primipar kadınların epizyotomi bakımına ilişkin uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 3(4): 1056-1066, 2014.
- 48- Dönmez S, Sevil Ü. Rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi; 2(3), 2009.
- 49- Özyuvacı E. Doğum ağrısı mekanizma ve kontrolünde güncel kavramlar. Klinik Gelişim Dergisi; 20(3): 46-52, 2007.
- 50- Çelik M, Çöçelli LP, Dikensoy E, Balat Ö, Öner Ü, Şahinöz S. Doğum analjezisinde sürekli infüzyon ve hasta kontrollü analjezi yönteminin kombine spinal epidural ile epidural analjezi tekniklerinde klinik etkinliklerinin karşılaştırılması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 8(1): 27-33, 2007.
- 51- Yıldızhan R, Yıldızhan B, Turan YB. Doğumda epidural analjezi. Van Tıp Dergisi; 15(4): 116-119, 2008.
- 52- Köşüş A, Köşüş N, Çapar M. Nullipar gebelerde sürekli epidural analjezinin maternal ve fetal sonuçları. Türkiye Klinikleri Obstetrik Jinekoloji Dergisi; 17(6): 436-441, 2007.
- 53- Özkan T, Ergün B, Akhan SE, Döver Ş, Büyükören A. Epidural analjezinin doğum eylemi üzerine etkileri ve epidural analjezi için kullanılan iki farklı kombinasyonun karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi; 9(2): 79-85, 1999.
- 54- Lawrence A, Lewis L, Hofmery GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Sistematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No: CD003934. DOI:10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- 55- Güngör İ, Rathfisch GY. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 11(2): 56-65, 2009.
- 56- Serçekuş P, İsbir GG. Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Prev med Bull; 11(1): 97-102, 2012.

- 57- Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and intake during labour. Cochrane Database of Sistematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No:CD003930. DOI:10 1002/146551858.CD0003930.pub3.
- 58- Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Prev Med Bull; 12(2): 177-182, 2013.
- 59- Zwedberg S, Blomquist J, Sigerstad E. Midwives experiences with mother-infant skin contact after a caesarean section: fighting an uphill battle. Midwifery; 31:215-220, 2015.,
- 60- Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, 2004.
- 61- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. Çeviri Editörleri: Tanır HM, Şener T, Nobel & Güneş Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2009.
- 62- Özer HT. Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum ilk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksekisans Tezi, İstanbul, 2011.
- 63- Turamanlar O, Songur A. Sezaryen ameliyatının tarihsel gelişimine anatomik açıdan bakış. Lokman Hekim Journal; 4(2): 8-12, 2014.
- 64- Dresang LT, Leeman L. Cesarean delivery. Prim Care Clin Office Pract; 39(1): 145-165, 2012.
- 65- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf.
- 66- Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Matbaacılık, Ankara 2010
- 67- Şahin NH. Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; (2)3: 93-98, 2009.
- 68- Lee YM, D'Alton ME. Anne isteğine bağlı sezaryenle doğum: Maternal ve neonatal komplikasyonlar. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology; 3(2):52-58, 2009.

- 69- Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi; 7(2): 64-67, 2011.
- 70- Yanikkerem E, Göker A, Piro N. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. Selçuk Tıp Dergisi; 29(2):75-81, 2013.
- 71- Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınların sezaryen/ vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi; 21(3): 83-88, 2011.
- 72- Uçum EY, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 5(13): 107-123, 2010.
- 73- Çakmak Bülent, Arslan S, Nacar MC. Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. Fırat Tıp Dergisi/ Fırat Med J; 19(3): 122-125, 2014.
- 74- Karakaplan S, Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- 75- Bektaş E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- 76- Hug I, Chattopadhyay C, Mitra GR, Mahapatra RMK, Schneider MC, Maternal expectations and birth-related experiences: A survey of pregnant women of mixed parity from Calcutta, India. International Journal of Obstetric Anesthesia; 17: 112- 117, 2008.
- 77- Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hındın MJ. Preference of ghananian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. Ghana Medical Journal; 43(1): 29-33, 2009.
- 78- Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi; 4(3): 168-172, 2007.

- 79- Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GDV. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*; 199; 36.e1-36.e5,2008.
- 80- Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 17(23): 125-129, 2014.
- 81- Coalition for Improving Maternity Services. The Mother- Friendly Childbirth Initiative. The First Consensus Initiative of the Coalition for Improving Maternity Services, <http://www.motherfriendly.org/mfci>.
- 82- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>.
- 83- Waldenstrom U. Experience of labour and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*; 47(5): 471-482, 1999.
- 84- Konakçı SK, Kılıç B. İzmir’de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri Obstetrik Jinekoloji Dergisi*; 14(2): 88-95, 2004.
- 85- Mayda AS, Acehan T, Altın S, Arıcan M, Uzunoğlu MY. Bir üniversite hastanesinde yaptırılan doğumların incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; 5(6): 408-415, 2006.
- 86- Pınar G, Doğan N, Alıger L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*; 36(3): 184-190, 2009.
- 87- Çelik AS, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 17(3): 151-157, 2014.
- 88- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013, Ankara, 2014.
- 89- Yaşar Ö., Şahin, FK, Coşar E, Köken GN, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*; 17: 414-420, 2007.
- 90- Gözükar F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 15(1): 32-46, 2008.

- 91- Özkaya O. Süleyman demirel üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğindeki 5 yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 12(4): 36-39, 2005.
- 92- Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. Marmara Medical Journal; 22(2): 104-110, 2009.
- 93- Uzunçakmak C, Güldaş A, Aydın S, Var A, Özçam H. S.B. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 2005-2012yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. İstanbul Med J; 14: 112-116, 2013.
- 94- Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 27(1): 51-58, 2010.
- 95- Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ. Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırılması. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi; 3(2): 55-63, 2011.
- 96- Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi; 3(4): 249-254, 2006.
- 97- Gül N. Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- 98- Bryanton J, Gagnon AJ, Johns C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. JOGNN; 37: 24-34, 2008. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00203.x
- 99- İsbir GG, İnci F. Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi; 1(1): 29-40, 2014.
- 100- Uzun E, Güney M, Oral B, Özsoy M, Mungan T. Kadın hastalıkları ve doğum servisi: verilen hizmetlerle ilgili hasta memnuniyeti ve etki eden faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi; 3(3): 167-171, 2006.

- 101- Hodnett ED, Gates S, Hofmery GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Sistematic Reviews 2013, Issue 7.Art. No:CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD0033766.pub5.
- 102- Dönmez S, Yeniél ÖA, Kavlak O. Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 3(3): 908-920, 2014.
- 103- Sayiner FD, Demirci N. Prenatal perineal masajın vajinal doğumlarda etkinliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 15(60): 146-154, 2007.
- 104- Özcan Ş, Aslan E, Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 23(1):41-48, 2015.
- 105- Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni; 40(2): 57-62, 2009.
- 106- Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and Satisfaction With Induced Labour- A Questionnaire-Based Study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology; 123: 56-61, 2005.
- 107- Eskicioğlu F, Hasdemir PS, Çelik H, Koyuncu FK. Sağlık politikalarının, hekimlerin sezaryen kararı almalarında etkisi: İkinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi; 7(2): 119-123, 2014.
- 108- Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. JOPP Dergisi; 2(1): 21-26, 2010.

10. EKLER

EK I. TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Araştırmacının açıklaması

“Doğum Yapmak için Hastaneye Başvuran Primipar Kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları” konulu bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Ebe Şemsi ASLAN İstanbul Medipol Hastanesi Doğumhane Ünitesi Tel: 0 216 544 65 61

A. SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

1. Doğum tarihiniz:

2. Eşinizin doğum tarihi:

3. Eğitim durumunuz nedir?

- | | | |
|-------------------|--------------------|----------------------|
| 1) Okula gitmeyen | 3) Ortaokul mezunu | 5) Üniversite mezunu |
| 2) İlkokul mezunu | 4) Lise mezunu | |

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- | | | |
|-------------------|--------------------|----------------------|
| 1) Okula gitmeyen | 3) Ortaokul mezunu | 5) Üniversite mezunu |
| 2) İlkokul mezunu | 4) Lise mezunu | |

5. Mesleğiniz nedir?

- | | |
|--------------|----------------|
| 1) Ev hanımı | 2) Diğer |
|--------------|----------------|

6. Eşinizin mesleği nedir?

- | | |
|----------|----------------|
| 1) İşsiz | 2) Diğer |
|----------|----------------|

7. Aile tipiniz?

- | | |
|------------------|---------------|
| 1) Çekirdek aile | 2) Geniş aile |
|------------------|---------------|

8. Ailenizin ekonomik durumu nasıldır?

- | | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------|
| 1) Gelir giderden fazla | 2) Gelir gidere denk | 3) Gelir giderden az |
|-------------------------|----------------------|----------------------|

9. Doğum yeriniz neresidir?

- | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| 1) Marmara Bölgesi | 4) İç Anadolu Bölgesi | 7) Güneydoğu Anadolu |
| 2) Karadeniz Bölgesi | 5) Akdeniz Bölgesi | 8) Yurtdışı |
| 3) Doğu Anadolu | 6) Ege Bölgesi | |

10. Sağlık güvenceniz nedir?

- | | | |
|-------------------|-----------|--------|
| 1) Özel sigorta | 3) Bağkur | 5) Yok |
| 2) Emekli sandığı | 4) SSK | |

B. GEBELİK İLE İLGİLİ SORULAR

11. Gebeliğinizin oluş şekli nedir?

- 1) Kendiliğinden 2) Yardımcı üreme teknikleri

12. Bu gebeliğinizi planlı bir gebelik miydi?

- 1) Planlı 2) İleri tarihe planlıydı 3) Planlı değil

13. Gebeliğiniz sırasında egzersiz yaptınız mı?

- 1) Sadece yürüyüş yaptım 3) Egzersiz yaptım
2) Egzersiz yapmadım

14. Gebeliğiniz sırasında kaç kilo aldınız?

15. Gebeliğiniz sırasında doğum şekli tercihiniz neydi?

- 1) Normal doğum 3) Düşünmedim
2) Sezaryen

C. DOĞUM İLE İLGİLİ SORULAR

16. Doğumunuz gebeliğinizin kaçncı haftasında gerçekleşti?hafta

17. Doğumunuz hangi saat aralığında oldu?

- 1) 08:00- 17:59 2) 18:00- 23:59 3) 24:00- 07:59

18. Doğum şekliniz nedir?

- 1) Vajinal doğum 2) Sezaryen

Sadece Vajinal Doğum Yapanlar Cevaplayacak

19. Hastaneye geldiğinizde kasılmalarınız düzenli miydi?

- 1) Evet 2) Hayır

20. Hastaneye geldiğinizde açıklığınız kaç cm idi?cm

21. Aşağıda bulunan müdahale yöntemlerinden kendi doğumunuz sırasında yapılan müdahaleleri işaretleyiniz.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Epizyotomi | |
| Amniotomi | |
| Vakum | |
| Karından bası | |
| Lavman | |
| İndüksiyon | |
| Epidural | |
| Doğum analjezisi (ilacın adı: | |

22. Doğum eylemi sırasında uygulanması gereken aşağıdaki durumlardan hangisi sizin doğumunuz sırasında uygulandı? İşaretleyiniz.

| | |
|--|--|
| Doğum eylemi sırasında aktif hareket etmeme izin verildi | |
| Doğum eylemi sırasında birşeyler yiyip içmeme izin verildi | |
| Doğumdan sonra bebeğimle ten tene temas etmem sağlandı (Bebeğin anne göğsüne koyulup çıplak teni ile temas etmesi) | |

Sadece Sezaryen Olanlar Cevaplayacak

23. Sezaryen olma nedeniniz nedir?

- 1) İsteğe bağlı
2) Fetüs ve eklerine bağlı nedenler
3) Anneye bağlı nedenler
4) İlerlemeyen travay
5) Diğer

24. Sezaryende anestezi yönteminiz nedir?

- 1) Genel 2) Spinal 3) Epidural 4) Kombine

D. BEBEKLE İLGİLİ SORULAR

25. Bebeğin doğum sonu APGAR puanı nedir?

26. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? 1) Kız 2) Erkek

27. Bebeğiniz şu an nerede?

- 1) Anne yanında 2) Hemşire gözlemde 3) Yoğun bakımda

28. Bebeğin kilosu nedir?

29. Bir sonraki doğumunuzda aynı doğum şeklini mi tercih ederdiniz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Başka doğum yapmak istemiyor

EK II. DOĞUM/ SEZARYEN DENEYİM PUANLAMA SİSTEMİ

| | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Çok negatif | | | | | | Çok pozitif |

EK III. DOĞUM/ SEZARYEN BEKLENTİ DEĞERLENDİRME LİSTESİ

Vajinal Doğum/Sezaryen esnasında yaşadığımız deneyimlerinizi doğum öncesi beklentilerinize göre değerlendirerek uygun kutucuğu işaretleyiniz.

| | Beklenenin altında | Beklenen düzeyde | Beklenenin üstünde |
|--------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Ebe/hemşire desteği | | | |
| Doğum/sezaryen korkusu | | | |
| Doğumda hissedilen ağrı | | | |
| Doğum sonrası hissedilen ağrı | | | |
| Kaygı | | | |
| Mahremiyetin korunması | | | |

EK IV. TEZİN YAPILACAĞI HASTANELERDEN ALINAN UYGULAMA İZİNLERİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 31034136 / 302.08.01 - 54
Konu: Şemsi ASLAN-Anket Çalışması

05.02.2014

ÖZEL İSTANBUL MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şemsi ASLAN'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Doğum Yapmak İçin Hastaneye Başvuran Primipar kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Müdürlüğünüzde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.


Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür V

DAĞITIM:

Özel Medipol Mega Hastanesi Başhekimliğine
Özel Nisa Hastanesi Başhekimliğine

Tel: (0212) 453 49 10
Faks: (0212) 531 75 55
Web: www.medipol.edu.tr
Bilgi için: gerbatu@medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 34083
Unkapanı/İSTANBUL

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 31034136 / 302.08.01 - 54
Konu: Şemsi ASLAN-Anket Çalışması

05.02.2014

ÖZEL NİSA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şemsi ASLAN'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Doğum Yapmak İçin Hastaneye Başvuran Primipar kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Müdürlüğünüzde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.


Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür V

DAĞITIM:
Özel Medipol Mega Hastanesi Başhekimliğine
Özel Nisa Hastanesi Başhekimliğine

Tel: (0212) 453 49 10
Faks: (0212) 531 75 55
Web: www.medipol.edu.tr
Bilgi için: gerbatu@medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 34083
Unkapanı/İSTANBUL

11.ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 10840098 – 21
Konu: Etik Kurulu Kararı

31.01.2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Doğum Yapmak için Hastaneye Başvuran Primipar Kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)680 53 00
Faks:(0212)531 75 55
E-mail: ilkmurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|---------------------------------------|
| BAYVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Doğum yapmak için Hastaneye Bayıram Prinsipar Kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANEADISÖYADI | Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | İstanbul | | | |
| | DESTEKLEVERİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------|------------------|--|
| Değerlendirilen Belgeler | Belge Adı | Tarhi | Version Numarası | Dil |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI | 31.01.2014 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 31.01.2014 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| Karar Bilgileri | Karar No: 20 | Tarih: 31.1.2014 | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen Girişimsiz Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu bayıvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oy birliği" ile karar verilmiştir. | | | |

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Haneli ÖZBEK

| Unvan/Adı/Soyadı | Unvanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile İlgili | | Katkı * | | İmza |
|--|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK | Eczacılık | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Prof. Dr. Yagıt MÜDOK | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Haneli ÖZBEK | Farmakoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Yrd. Doç. Dr. Berna EREN | Halk Sağlığı | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Yrd. Doç. Dr. Hilmiye Emre YÜZBAŞIOĞLU | Pronatik Dış Tedavi | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Yrd. Doç. Dr. İlker KESKİN | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK | Kulak-Burun Boğaz | Özel Nisa Hastanesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |

* :Toplantıda Bulunan

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Adı | Şemsi | Soyadı | ASLAN |
| Doğum Yeri | Gaziantep | Doğum Tarihi | 13.05.1986 |
| Uyruğu | TC | TC Kimlik No | 31969560076 |
| E-mail | sems_as@hotmail.com | Tel | 5357995535 |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|------------------|---------------------------------------|----------------|
| Doktora | - | |
| Yük. Lis. | İstanbul Medipol Üniversitesi | 2016 |
| Lisans | Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi | 2010 |
| Lise | Şehit Şahin Lisesi | 2003 |

İş Deneyimi

| | Görevi | Kurum | Süre (Yıl - Yıl) |
|----|---------|---------------------------------------|------------------|
| 1. | Ebe | İstanbul Özel Medipol Hastanesi | 2012- halen |
| 2. | Ebe | Gaziantep Özel Hatem Hastanesi | 2011-2012 |
| 3. | Hemşire | Gaziantep Özel Medical Park Hastanesi | 2010-2011 |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama | Konuşma | Yazma |
|-----------------|------------------|---------|-------|
| İngilizce | Orta | Orta | Orta |

Yabancı Dil Sınav Notu

| KPDS | ÜDS | IELTS | TOEFL IBT | TOEFL PBT | TOEFL CBT | FCE | CAE | CPE |
|------|-----|-------|-----------|-----------|-----------|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | |

| | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel |
|-------------------|---------|--------------|-------|
| ALES Puanı | 62 | 60 | 55 |

Bilgisayar Bilgisi

| Program | Kullanma becerisi |
|------------------------------|-------------------|
| Microsoft Office Programları | İyi |