



**SEZARYEN DOĞUM SONRASI VAJİNAL DOĞUM
UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tülay AYTEKİN AYDIN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

Yüksek Lisans Tezi – 2016

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYEN DOĞUM SONRASI VAJİNAL
DOĞUM UYGUNLUĞUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tülay AYTEKİN AYDIN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

MALATYA

2016

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Tülay AYTEKİN AYDIN**'ın "**Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/07/2016

Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı

Üye

Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR
İstanbul Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2016 tarih ve 2016/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sezaryen Doğum.....	3
2.2. Sezaryen Doğum Endikasyonları.....	4
2.3. Sezaryen Doğum Komplikasyonları.....	5
2.4. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum.....	6
2.5. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluk Koşulları.....	6
2.6. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğumun Yararları.....	7
2.6.1. Medikal Yararları.....	7
2.6.2. Psikolojik Yararları.....	7
2.6.3. Ekonomik Yararları.....	7
2.7. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğumun Riskleri.....	8
2.8. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğumun Kontraendikasyonları.....	8
2.9. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Sürecinde Hemşirenin Görev ve Sorumlulukları.....	8
3. MATERYAL VE METOT.....	10
3.1. Araştırmanın Tipi.....	10
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman.....	10
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	10
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	10
3.5. Veri Toplama Araçları.....	10
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	11
3.7. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi.....	15
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	15
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	15
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA.....	25

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
KAYNAKLAR.....	33
EKLER.....	38
EK-1. Özgeçmiş.....	38
EK-2. Katılımcı Rıza Formu.....	40
EK-3. Anket Formu.....	41
EK-4. Malatya Devlet Hastanesi'nden Alınan İzin Formu.....	44
EK-5. Turgut Özal Tıp Merkezi'nden Alınan İzin Formu.....	45
EK-6. Etik Kurul Onay Sayfası.....	48



TEŐEKKÜR

Tez çalıőmamız sırasında bana gösterdiği ilgi, zaman, anlayıő, verdiği güven ve bilimsel desteği için değerli danıőmanım Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan'a,

Bilimsel bilgi, destek ve anlayıőından dolayı hocam Sayın Prof. Dr. Behice Erci'ye,

Tüm yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini benden eksik etmeyen sevgili anneme, babama, kardeőlerime ve eőime sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Tülay AYTEKİN AYDIN

ÖZET

Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma sezaryen doğum sonrası vajinal doğum uygunluğunu değerlendirmek amacı ile kesitsel tipte tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 2012 yılı içerisinde Malatya İlinde, sezaryen doğum yapmış 7501 kadın oluşturmuştur. Örnekleme; yapılan güç analizine göre % 95 güven aralığı, 0.05 yanılğı ve çift yönlü önem düzeyinde, 0.5 etki büyüklüğünde, 0.98 evreni temsil gücüne sahip toplam 365 sezaryen doğum yapmış kadın oluşturmuştur. Malatya Devlet Hastanesi'nden 204, Turgut Özal Tıp Merkezi'nden 161 sezaryen doğum yapmış ve taburculuk sürecinde olan kadın araştırmaya alınmıştır.

Veriler, Ocak - Mart 2014 tarihleri arasında haftanın Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri Malatya Devlet Hastanesi ve Turgut Özal Tıp Merkezi kadın doğum servislerinde araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik, ortalama, standart sapma ve yüzde testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, kadınların yaş ortalamasının 29.13 ± 5.66 , yaklaşık yarısının okur yazar-ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların sezaryen doğum olma kararını % 51.8 ile birinci sırada doktorunun ve kendisinin birlikte karar verdiğini belirtmişlerdir. Araştırmada kadınların sezaryen doğum nedenleri sırasıyla önceki doğumunun sezaryen olması, fetal distres, baş-pelvis uyumsuzluğu ve ilerlemeyen eylem olduğu saptanmıştır. Araştırmada, kadınların sezaryen doğum olma nedenleri incelendiğinde; % 14.5'i "Her durumda SSVD yapılabilir", % 48.2'si "Genellikle SSVD yapılabilir", % 26.3'ü "SSVD önerilmemekle birlikte uygun veya ulaşılabilecek başka bir yöntem yoksa kullanılabilir" ve % 11'i "SSVD yapılmamalıdır" olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Araştırmada kadınların bir sonraki doğum için yarısına yakını "Genellikle SSVD yapılabilir" olarak değerlendirilmiş olup uygun merkezler ve deneyimli sağlık personeli eşliğinde mevcut durumları dikkate alınarak SSVD denenebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, sezaryen doğum, SSVD, SSVD Uygunluk Kriteri, vajinal doğum.

ABSTRACT

Assessment of Suitability of Vaginal Birth After Cesarean-Section

Aim: The study descriptive cross-sectional study was conducted in order to assess suitability of vaginal birth after cesarean-section.

Materials and Method: The population of the study consisted of 7501 woman who had cesarean-section in Malatya province in 2012. The sample group consisted of a total of 356 women who had cesarean-section, with 0.98 power to represent the population, at 95% confidence interval, 0.05 and two-way significance level, and 0.5 effect size according to power analysis. 204 women from Malatya Public Hospital and 161 women from Turgut Özal Medical Center who had cesarean-section and within discharge process were included in the study.

The study was conducted at gynecology services of Malatya Public Hospital and Turgut Özal Medical Center on Mondays, Wednesdays, and Fridays between January and March 2014. The data were collected by the researcher using a questionnaire. Descriptive statistics, mean, standard deviation, and percentage tests were used to assess the data.

Results: In the study, average age of the women was determined as 29.13 ± 5.66 and approximately half of them were literate/primary school graduates. 51.8% of the women in the study stated that they decided to have cesarean-section with the doctor and themselves together, which was ranked as the first reason. It was determined in the study that the reasons for women to have cesarean-section were previous c-section delivery, fetal distress and cephalopelvic disproportion, respectively. In the study, 14.5% of the women were assessed as “can have VBAC in any case”, 48.2% as “can generally have VBAC”, 26.3% as “even though VBAC is not suggested, it can be used if there was not any appropriate or available method”, and 11% as “VBAC should not be underwent”.

Conclusion: In the study for following birth, almost half of the women were found as “can generally have VBAC” and in convenient health centers with experienced health personnels they may have VBAC, considering the women’s health status at the time.

Key Words: Nursing, cesarean-section, VBAC, vaginal birth, VBAC suitability criteria.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- SSVD** : Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

TABLolar DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 3.1:	Kadınların Sezaryen Olma Nedenlerine Göre SSVD Uygunluk Durumlarının Gruplandırılması.....	12
Tablo 4.1 :	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	16
Tablo 4.2 :	Kadınların BKİ'lerinin Dağılımı.....	17
Tablo 4.3 :	Kadınların Bebeklerine Ait Özelliklerinin Dağılımı.....	17
Tablo 4.4 :	Kadınların Sezaryen Doğuma Karar Verme Durumlarına Göre Dağılımı.....	18
Tablo 4.5 :	Kadınların Daha Önceki Gebeliklerinde Sezaryen Olma Sıklığının Dağılımı.....	18
Tablo 4.6 :	Kadınların Sezaryen Doğum Yapılma Nedenine Göre Dağılımı.....	19
Tablo 4.7 :	Kadınların Bir Sonraki Doğumunda “Her Durumda SSVD Yapılabilme” Durumunun Değerlendirilmesi.....	20
Tablo 4.8 :	Kadınların Bir Sonraki Doğumlarında “Genellikle SSVD Yapılabilme” Durumunun Dağılımı.....	21
Tablo 4.9 :	Kadınların “SSVD Önerilmemekle Birlikte Uygun Veya Ulaşılabilecek Başka Bir Yöntem Yoksa Kullanılabilme” Durumunun Dağılımı.....	22
Tablo 4.10 :	Kadınların Bir Sonraki Doğumlarında “SSVD Yapılmama” Durumunun Dağılımı.....	23
Tablo 4.11 :	Kadınların Bir Sonraki Doğumlarının Vajinal Doğum Olması Durumuna Göre Dağılımı.....	24

1. GİRİŞ

Sezaryen doğum kadının yaşamı boyunca maruz kaldığı en fazla cerrahi girişimlerden biridir (1). Vajinal doğumun kontrendike olduğu ve güvenle tamamlanması mümkün olmayan durumlarda veya doğumu takiben beklenen aşırı maternal ve/veya fetal morbidite gelişimi durumunda sezaryen doğum uygulanır (1). Tüm dünyada sezaryen doğum oranları artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde %30.2, İtalya'da %37.4, Brezilya'da %41.3, Meksika'da %36.1 oranında sezaryen doğum olmaktadır (2). Türkiye'de de benzer şekilde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 2003 yılı için %21.2 olan genel sezaryen doğum oranının 2008 TNSA' da %36.7'ye yükseldiği belirtilmiştir (3, 4). Sağlık Bakanlığının 2010 yılı istatistiklerinde ise bu oran %46'ya yükselmiştir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen doğum oranını %10-15 arasında olmasını önermektedir. Ülkemizin de içinde olduğu birçok ülke bu oranın çok üzerindedir. DSÖ tarafından en yüksek %15 olarak benimsenen sezaryen doğum oranının, bu seviyenin altına indiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ile morbidite oranlarında artış olacağı bildirilmektedir (2, 6).

Sezaryen doğum oranlarındaki artışın en önemli nedenlerinden birinin doğum korkusu olduğu bildirilmektedir (6). Diğer sezaryen doğumun artış nedenleri arasında; paritenin azalması, ilk gebeliklerin ileri yaşlarda olması, sosyo-ekonomik düzeyin yükselmesi, kadınların postpartum seksüel fonksiyonları hakkındaki endişeleri, fetal monitörizasyon uygulamasının artması, ultrasonografinin daha yaygın kullanımı, gelişen teknoloji ile çocuk sahibi olamayan ailelerin uzun süren tedaviler sonrası gebe kalması ile kıymetli bebek gibi bir endikasyonun oluşması, enstrümental doğum girişimlerine eğilimin azalması, doğum sırasında gerçekleşen olumsuzluklar nedeni ile hakkında dava açılan hekim sayısının artması, kariyer ve gelecek kaygısı oluşturmaktadır (7, 8). Günümüzde cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotik kullanımı ve kan transfüzyonu imkanlarının gelişmesi sezaryen doğumları çok daha güvenilir bir duruma getirmiştir. Aynı zamanda klinisyenlerce, sezaryen ile doğumun, zor bir vajinal doğuma göre anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağı düşüncesi de sezaryen doğum artışına neden olan bir diğer faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

Sezaryen doğum oranının yüksek olması hem kadın sağlığını hem de ülke ekonomisini etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Sezaryen doğum, bazı durumlarda

anne ve bebek için yaşam kurtarıcı iken, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranını dört kat artırabilmektedir (1, 9, 10, 11). Literatürde sezaryen doğumda yüksek maternal ölüm riskinin yanı sıra, postpartum iyileşme, emzirme ve anne-bebek ilişkisinde gecikme ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlarının da olduğu belirtilmektedir. Ayrıca vajinal doğuma kıyasla sezaryen doğumda %50 daha fazla para harcanmakta ve hastanede kalış süresinin de daha uzun olması düşünüldüğünde sezaryen doğum ülke ekonomisine ciddi yük getirmektedir (1, 6, 8-10, 12-14).

Sezaryen doğum endikasyonlarının en büyük sebeplerinden biri önceki sezaryen doğum sonrası yapılan tekrarlı sezaryen doğumlardır. Gelişmiş ülkelerde sezaryen doğumların yaklaşık %30'u tekrarlayan sezaryenlerdir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (2010) verilerine göre tekrarlayan sezaryen doğum oranı %19.8'dir (5, 6). Bu durum ilk kez 1916 yılında Edwin B. Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımı ile ortaya çıkmıştır. Ancak obstetride birçok ilerlemenin kaydedilmesi ile birlikte gereksiz sezaryen doğumları azaltmak ve sezaryen sonrası vajinal doğumu artırmak amacıyla, seçilmiş olgularda vajinal doğumun denenmesini desteklemek için sezaryen doğum sonrası vajinal doğum fikrine yönelinmiştir (1, 6, 8-10). Tekrarlanmayan endikasyonlardan dolayı yapılan birinci sezaryen doğum sonrası vajinal doğumda %60-90 başarı oranı birçok yazar tarafından rapor edilmiştir (1, 6, 8-10, 14).

Sezaryen doğumlardaki artış nedeniyle karşımıza çıkan sezaryen sonrası vajinal doğum uygulama politikası günümüzde önemli bir yer tutmaktadır. Ancak sezaryen sonrası vajinal doğumun gerçekleşebilmesi için kadınların dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Amaç: Bu araştırma sezaryen doğum yapmış kadınların mevcut ve ileriki doğumları için vajinal doğum uygunluklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (15).

İlk başlarda sezaryen doğum, kadın hayatını kurtarmak için yapılan bir ameliyat iken, ilerleyen zamanlarda fetusun hayatını kurtaracak düşük riskli bir operasyon olarak düşünülmeye başlanmış ve hem annenin, hem bebeğin, hem de doktorun hayatını kolaylaştıran bir işlem haline gelmiştir (6).

Dünya Sağlık Örgütü (2010) verilerine göre bazı ülkelerin sezaryen doğum oranları; Amerika Birleşik Devletleri'nde %30.2, İtalya'da %37.4, Brezilya'da %41.3, Meksika'da %36.1, Kore'de %37.7, İsviçre'de %28.9, Almanya'da %27.8'dir (2). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sezaryen doğum oranı giderek artış göstermiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 2003 yılı için %21.2 olan genel sezaryen doğum oranının 2008 TNSA'da %36.7, 2013 TNSA'da %48'e yükseldiği bildirilmektedir (3, 4, 6, 16). Ülkemizde sezaryen doğum oranının devlet hastanelerinde %41, özel hastanelerde %64 ve üniversite hastanelerinde %65 olarak değiştiği belirtilmektedir (5).

Sezaryen Doğum Artış Sebepleri

Sezaryen doğumlarda artışın birçok sebebi vardır. Bunlar;

1. Paritenin azalması ve gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması ile bu kadınlarda daha sık görülen sezaryen doğum endikasyonu oluşturabilecek durumlar olması,
2. İleri yaş gebeliklerin artması,
3. Fetal elektronik monitörizasyonun kullanımında artış,
4. Prezantasyon bozuklukları,
5. Son dönemlerde doğum sırasında gerçekleşen olumsuzluklar nedeni ile hakkında dava açılan hekim sayısında artış,
6. Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınların daha çok sezaryen doğumu tercih etmesi,

7. Kazanç amaçlı kurulan özel hastanelerde sezaryen doğumun üniversitelere göre daha çok tercih edilmesi,
8. Eski sezaryen vakalarının yine sezaryenle doğurtulmasının gerekliliği anlayışı,
9. Çoğul gebelikler,
10. Enstrümental doğum uygulamalarındaki komplikasyonlarda artış nedeniyle bu yöntemlerin daha az kullanılması,
11. Gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi,
12. Gebelerin doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları,
13. Sezaryen doğumun bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancı şeklinde sıralanabilir (15, 17, 18).

2.2. Sezaryen Doğum Endikasyonları

Sezaryen doğum uygulaması birçok nedene bağlıdır. Bu nedenler 4 sınıfta incelenebilir: anneyle ilgili nedenler, fetus ve ekleriyle ilgili nedenler, sosyal nedenler ve diğerleri nedenlerdir.

Anneye Ait Endikasyonlar:

- İleri yaş gebeliklerin olması
- Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar ya da sezaryen doğum
- Baş-pelvis uyumsuzluğu
- Dinamik distosi (serviksin 1cm/saatlik hızla açılmaması)
 - > Pelvik darlığa bağlı distosiler,
 - > Uterus kontraksiyonlarına bağlı distosiler,
 - > Fetusa ait distosiler
- Yumuşak doku yolu ile ilgili sebepler (bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun rijit olması gibi sebepler)
- Annenin sistemik hastalıkları (diyabet, ciddi maternal kalp hastalığı)

Fetüse Ait Endikasyonlar:

- Prezentasyon, anomalileri
- Fetal distres (kord prolapsusu ya da prezentasyonu)
- Miad aşımı (42 hafta ↑)
- Fetal anomaliler (hidrosefali, anensefali, yapışık ikiz)
- Rh uygunsuzluğu
- Çoğul gebelikler
- Makrozomik bebekler (4000 gr ‘dan büyük)

Sosyal Endikasyonlar:

- Annenin isteği
- Vajinal doğum korkusu

Diğer Endikasyonlar:

Annenin ölü hali (15, 17, 18, 20-22).

2.3. Sezaryen Doğum Komplikasyonları

Sezaryen doğum 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 (23).

Sezaryen doğuma bağlı maternal mortalite 4–8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre 26 kat fazladır. Sezaryen doğumda, cerrahi komplikasyonlar, enfeksiyon, kanama, postoperatif respiratuar komplikasyonlar, hastane ücretlerinin vajinal doğuma oranla çok daha yüksek ve hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu düşünülürse, sezaryen endikasyonunu belirlerken çok daha dikkatli davranmak gerektiği açıktır. Üstelik sanıldığı aksine sezaryen doğum yapmakla zor bir vajinal doğumun neden olabileceği nörolojik defisit insidansının azaltılması ya da mental performansın yükseltilmesi arasında kanıtlanmış bir ilgi yoktur (15, 18).

2.4. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum

Sezaryen endikasyonlarının en sık sebeplerinden biri önceki sezaryen sonrası yapılan elektif sezaryendir (1, 6). Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) 2010 yılında yayınladığı kılavuzda uygun seçilmiş vakalarda SSVD başarısının % 60-80, uterin rüptür oranının ise %0.5 -0.9 olduğunu belirterek, tüm eski sezaryenli hastalar ile doğum öncesi risk ve yararların görüşülerek, acil girişim olanakları bulunan merkezlerde bu hastalara normal doğumun önerilmesinin uygun olacağını bildirmiştir (23). Türkiye'de 1980 yılında denemeye başlanan SSVD sıklığı 1980'li yıllarda %3,'lerden %6,'lara çıkmıştır. 1989 yılından 199'lara doğru SSVD sıklığı %18,'lardan %28,'lere çıkmıştır. Daha sonra 2002 yılına doğru SSVD insidansı %12,7'lere düşmüştür. Bunun nedeni olarak da artan uterin rüptür vakaları gösterilmiştir. Sonraki yıllarda uygun hasta seçimi ile insidans artmıştır (24).

2.5. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluk Koşulları

SSVD, dikkatli seçilmiş kadınlarda çoğu zaman başarılı ve güvenli bir işlemdir. Daha önce sezaryen geçirmiş uygun hastalara vajinal doğum şansı verilmelidir, ancak iki seçenekte risksiz değildir. Tekrarlayan sezaryene göre başarılı SSVD daha az morbiditeye sahiptir. Çünkü daha az kan transfüzyonu ve daha az postpartum enfeksiyon riskine, daha kısa hastanede kalma süresine sahiptir. SSVD uygulaması için merkezlerin koşulları, ekibi ve deneyimi önemlidir. Anne adayları SSVD'ye istekli değilse, uygun olan yaklaşım doğumun tekrar sezaryen ile gerçekleşmesidir (6, 8).

Günümüzde önceki doğumu sezaryen doğumla gerçekleşen birçok anne sonraki doğumunda vajinal doğumu tercih edebilmektedir. Bunun için hem annenin hem de diğer koşulların uygunluğu önemlidir. Bu koşulları şöyle sıralayabiliriz;

- ✓ Sezaryenin alt segment transvers insizyonla yapılmış olması
- ✓ Uterusta sezaryen dışında başka skar ya da anormallik olmaması
- ✓ Kadının olarak uygun pelvis yapısına sahip olması,
- ✓ Fetusun 4000 gr'ın altında olması
- ✓ Anne adayları SSVD konusunda istekli olması ve zorlanmaması,
- ✓ Sezaryen sonrası vajinal doğum ile tekrar sezaryen arasında doğru tercih yapılabilmesi için her iki durum hakkındaki gerekli bilgilendirmenin tam olarak yapılması,

- ✓ Hastanın tüm eylem süresince bir hekimce izlenebilmesi ve gerektiğinde acil sezaryen yapılabilme koşullarının bulunması
- ✓ 24 saat fetal monitorizasyonun gerçekleşeceği koşulların bulunması
- ✓ Acil bir durum için gereken anestezi ekibi ve ameliyathane koşullarının bulunması
- ✓ Acil bir durum halinde kan nakline olanak sağlayan koşulların bulunması (1, 20).

2.6. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğumun Yararları;

2.6.1. Medikal yararları

- Anne ölümlerini önler (sezaryen doğumda anne ölümleri riski 2-4 kat daha fazladır)
- Kan kaybı ve kan transfüzyonu azalır, pıhtılaşma bozuklukları azalır
- Erken mobilizasyon sağlanır
- Tıbbi müdahale ihtiyacı azalır
- Vajinal doğumların sezaryen doğumlara göre riski daha azdır.
- Vajinal doğumlarda enfeksiyon riski daha azdır ve daha az kan transfüzyon ihtiyacı yaşanır.
- Üriner ve barsak yaralanmalarını önler
- Doğum sonrası ağrı daha az yaşanır
- Anne bebeği emzirmeye hemen başlayabilir (1, 20).

2.6.2. Psikolojik yararları

- Doğum sonu depresyon riski daha azdır.
- Annelik rolüne daha kolay alışır.
- Doğum sonrası güçsüzlük hissi yaşanmaz
- Bebek ile iletişime hemen geçebilir.
- Doğal bir doğumu başarmanın verdiği psikolojik tatmin oluşur (1, 20).

2.6.3. Ekonomik yararları

- İyileşme zamanı kısalır buna bağlı olarak hastanede kalış süresi kısalır.
- Maliyet bakımından hasta ve devlete tasarruf sağlar (1, 20).

2.7. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğumun Riskleri

- Uterus rüptürü [% 0.2-1.5 (önceki sezaryende alt transvers insizyon ise)]
- Acil sezaryen gereksinimi (% 30)
- Fetal sıkıntı ve bebek için yenidoğan ünitesine ihtiyaçtır (1, 20).

2.8. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğumun Kontrendikasyonları

- Daha önce klasik veya ters T insizyonu olanlar
- Geçirilmiş hysteretomi ve myomektomi operasyonları
- Geçirilmiş uterus rüptürü
- Bazı plasenta previa ve prezentasyon bozukluklarında olduğu gibi eylemin kontrendike olduğu durumlar
- Uterus fundusunu içeren geçirilmiş uterus cerrahisi varsa
- Anne adayını komplikasyonlu bir gebelik geçiriyorsa
- Çoğul gebelik söz konusu ise
- İki ya da daha fazla sezaryen doğum geçirmişse SSVD önerilmez (1, 20).

2.9. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Sürecinde Hemşirenin Görev ve Sorumlulukları

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için annenin bu dönemlere hazırlığı ve uyumu önemlidir. Bu gereksinimlerin tanınması bireyin yakından gözlemi ve izlemi ile mümkündür. Hemşireler, mesleki yeterliliklerinin yanı sıra perinatal dönem boyunca kadının yanında sürekli olma özelliği nedeniyle gebenin gereksinimlerinin belirlenmesinde en uygun kişidir. Bu nedenle gebe kadın ve ailesinin, doğum şekline karar vermelerinde sağlık çalışanları içinde hemşirelerin rolü ayrıca önem taşımaktadır (6).

- Her gebenin, sağlık bakım sunucularının danışmanlığına ve korkularının bilgi ile giderilmesine ihtiyacı vardır. Önceden var olan şartlanmalar ve korkuları gidermede gebelik öncesi, gebelik, doğum ve sonrası eğitim programlarının önemi tartışılmazdır. Hemşireler kadınların sezaryen ve vajinal doğumdaki potansiyel komplikasyonları, riskleri ve seçenekleri anlamasına yardımcı olmalıdır (11).

- Tekrarlayan sezaryene göre başarılı SSVD daha az morbiditeye sahiptir. Çünkü daha az kan transfüzyonu ve daha az postpartum enfeksiyon riskin ve daha kısa hastanede kalma süresine sahiptir (6). Ayrıca daha önceden hem vajinal hem de sezaryen doğum yapmış olan gebelerin SSVD'ye daha yatkın olduğu da bilinmektedir (20). Bu nedenle hemşireler SSVD hakkında kadınları bilgilendirmelidirler (24).
- Geçirilmiş sezaryen sonrası vajinal doğum yapan hastalarda en çok korkulan risk uterin rüptür gelişimidir (7). Ancak yapılan çalışmalar bu oranın oldukça düşük olduğunu göstermiştir. SSVD, dikkatli seçilmiş kadınlarda, uygun merkez ve deneyimli bir ekip ile çoğu zaman başarılı ve güvenli sonuçlar elde edilebilir (6). Hemşireler SSVD konusunda güncel bilgilere ulaşarak ve deneyimlerini arttırarak bu konuda kadınlara daha iyi bir hizmet sunmalıdırlar.
- SSVD sırasında kadının yanında bulunmalı, ihtiyacı olan bakımları vermeli, eylemle baş etmede olumlu geribildirimler vererek kadını cesaretlendirmeli, eyleme kadının aktif katılımını sağlamalıdır. Böylece kadının kendine olan güveninde artış sağlanabilecektir.
- SSVD hakkında yeterli bilgiye sahip olan bir hemşirenin eylemde normalden sapan durumları en kısa sürede belirleyerek ve uygun girişimlerin zamanında yapılmasını sağlayarak anne ve bebek için yaşam kurtarıcı bir rol üstlenebileceği unutulmamalıdır (1, 6, 7, 11, 20, 21, 24).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, Malatya İlinde, örneklem grubu özelliklerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar arasında Ocak 2014 – Haziran 2016 tarihleri arasında Malatya Devlet Hastanesi ve Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Malatya İlinde, 2012 yılında sezaryen doğum yapmış 7501 kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü saptamada evreni belli olan örneklem seçimi formülü kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü güç analizi ile hesaplanmış olup; %95 güven aralığı, 0.05 yanılğı ve çift yönlü önem düzeyinde, 0.5 etki büyüklüğünde, 0.98 evreni temsil gücündeki araştırmanın 365 kişi ile yürütülmüştür. Her bir hastaneden örnekleme alınacak kadın sayısı orantılı seçim yöntemiyle saptanmıştır. Buna göre örnekleme alınacak kadın sayısı; Malatya Devlet Hastanesi'nde 204, Turgut Özal Tıp Merkezi'nde 161'dir. Hastanelerden kadınların seçilmesinde olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılmış, örneklem sayısına ulaşıncaya kadar devam edilmiştir. Araştırma, sezaryen doğum yapmış ve hastanede taburculuk sürecinde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yürütülmüştür.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri, sosyo-demografik özelliklerin ve araştırmanın bağımsız değişkenlerinin sorgulandığı Anket Formu (Ek- 3) aracılığıyla araştırmacı tarafından Ocak 2014 - Mart 2014 tarihleri arasında haftanın Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günlerinde Malatya Devlet Hastanesi ve Turgut Özal Tıp Merkezi'nin kadın doğum servislerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen anket formu kullanılmıştır (1, 6, 8-12).

3.5.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür taraması yapılarak hazırlanan anket formunda 1-5. sorular kadına ait sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, BKİ), 6-7. sorular obstetrik özellikler (gebelik sayısı, önceki doğum şekilleri), 8-13. sorular sezaryen doğum ve yenidoğana ait bilgilerden (son sezaryen doğumun yapılma şekli/nedeni, sezaryen doğum kararı, kesi yeri, bebeğin/bebeklerin doğum haftası, kilosunu, cinsiyeti) oluşmaktadır.

Anket formunun ön uygulaması 10 kadın ile yapılmış olup ön uygulama sonucunda sorularda içerik değişikliği yapılmayıp sıralama değişikliği yapılmıştır. Anket formunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubuna uygulanmıştır. Ön uygulamadan elde edilen veriler araştırmanın dışında tutulmuştur.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Kadınların sezaryen olma nedenlerine göre SSVD uygunluk durumlarının gruplandırılması Tablo 3.1’de gösterilmektedir. Sezaryen olma nedenlerinin SSVD yönünden gruplandırılması Sağlık Bakanlığı’nın SSVD uygulama rehberi ve literatür dikkate alınarak yapılmıştır (1, 20, 25).

Tablo 3.1: Kadınların Sezaryen Olma Nedenlerine Göre SSVD Uygunluk Durumlarının Gruplandırılması

	Vajinal Doğum Uygunluk Durumu
Her durumda SSVD yapılabilir	<p>Önceki sezaryen doğumda alt transfer kesi ve başka bir skar dokusunun olmaması,</p> <p>Önceki sezaryen doğum nedeninin o gebeliğe bağlı tekrarlamayan bir durum olması,</p> <p>Annenin 18-35 yaş arasında olması,</p> <p>Önceden en fazla 1 sezaryen doğum varlığı,</p> <p>Beden kitle indeksinin (BKİ) 25'in altında olması,</p> <p>Önceden vajinal doğum varlığı,</p> <p>Son gebeliğinde kontrol altına alınmış diyabet,</p> <p>Doğum aralığının 2 yıldan fazla olması,</p> <p>Son gebeliğin planlı ve prenatal bakım alınmış olması,</p> <p>Pereklemsi ve hipertansiyon durumunda doğum için serviksin olgun oluşu ve fetal distresin olmaması,</p> <p>Gestasyonel yaşın 38 hafta ve üzeri oluşu</p>
Genellikle SSVD yapılabilir	<p>Önceki doğum/larda en fazla 2 sezaryen doğum varlığı,</p> <p>BKİ'nin 25-30 arası olması,</p> <p>Anne yaşının 18'den küçük, 35'ten büyük olması,</p> <p>Annede Hepatit-C enfeksiyonu varlığı</p>

<p>SSVD önerilmemekle birlikte uygun veya ulaşılabilir başka bir yöntem yoksa kullanılabilir</p>	<p>Önceden 3 ve üzeri sezaryen doğum varlığı, BKİ'nin 30'un üzerinde oluşu, Önceki uterin insizyon yerinin tam olarak bilinmemesi, Annede Hepatit-B virüs varlığı durumu</p>
<p>SSVD yapılmamalıdır</p>	<p>Baş-pelvis uyumsuzluğu, Geçirilmiş uterin rüptür, myomektomi ya da histerektomi, Öncedeki sezaryen/operasyonlardaki klasik veya ters T insizyonu, HIV virüsü ile infekte gebe, Hepatit-C virüs ve HIV co-infekte gebe, HSV-2 infekte gebe, Preeklamsi/eklemlerde serviks olgun değilse ve fetal distress durumu, Fetusun 4000 gramdan büyük olması, Fetal prezentasyon anomalisi, Fetal anomali (Myelomeningosel, sakrokoksigeal teratom, fetal batın ön duvarı defektleri ve non-immun hidrops, hidrocefali vb.), 2'den fazla fetus varlığı</p>

Bu tabloya göre;

- Kadında anne yaşının 18-25 arası olması, beden kitle indeksinin 25'in altında olması, önceden vajinal doğum varlığı, önceden 1 sezaryen doğum varlığı (1, 20), önceki sezaryen doğumda alt transfer kesi ve başka bir skar dokusunun olmaması (1, 20, 25), doğum aralığının 2 yıldan fazla olması, önceki sezaryen doğum nedeninin o gebeliğe bağlı tekrarlamayan bir durum olması, son gebeliğin planlı ve prenatal bakım alınmış olması, son gebeliğinde kontrol altına alınmış diyabet, preeklamsi ve hipertansiyon durumunda doğum için serviksin olgun ve fetal distressin olmaması, gestasyonel yaşın 38 hafta ve üzeri oluşu (20) **“Her Durumda SSVD Yapılabilir”** olarak değerlendirildi,
- Anne yaşının 18'den küçük, 35'ten büyük olması, beden kitle indeksinin 25-30 arası olması, önceki doğum/larda en fazla 2 sezaryen doğum varlığı, annede Hepatit-C enfeksiyonu varlığını (20) **“Genellikle SSVD Yapılabilir”** olarak değerlendirildi,
- Beden kitle indeksinin 30'un üzerinde oluşu, önceden 3 ve üzeri sezaryen doğum varlığı, önceki uterin insizyon yerinin tam olarak bilinmemesi, annede Hepatit-B virüs varlığı (20) durumlarından herhangi birinde **“SSVD Önerilmemekle Birlikte Uygun veya Ulaşılabilecek Başka bir Yöntem Yoksa Kullanılabilir”** olarak değerlendirildi,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu, geçirilmiş uterin rüptür, myomektomi, histerektomi, öncedeki sezaryen/operasyonlardaki klasik veya ters T insizyonu (1, 20, 25), Hepatit-C virüs ve HIV co-infekte olan ile, HSV-2 infekte gebeler, preeklamsi/eklemlerde serviks olgun değilse ve fetal distress durumunda (20), fetusun 4000 gramdan büyük olması (20, 25), fetal prezentasyon anomalisi (1, 20), fetal anomali (Myelomeningosel, sakrokoksigeal teratom, fetal batın ön duvarı defektleri ve non-immun hidrops, hidrocefali vb.) (20), 2'den fazla fetus varlığı (20, 25) durumunda ise **“SSVD Yapılmamalıdır”** olarak değerlendirildi.

Bulgular ışığında “Her Durumda SSVD Yapılabilir”, “Genellikle SSVD Yapılabilir”, “SSVD Önerilmemekle Birlikte Uygun veya Ulaşılabilecek Başka bir Yöntem Yoksa Kullanılabilir” ile ifade edilen durumlar varlığında kadınlar vajinal doğum için uygun olarak değerlendirilmiştir. “SSVD Yapılmamalıdır” ile ifade edilen tek bir bulgu varlığında bile diğer bulgular vajinal doğum için uygun olsa dahi SSVD'nin uygun olmadığı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 16.0 (*Statistical Packet for the Social Science*) programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizlerinde yüzde ve dağılımlar hesaplanmış, değişkenlerin karşılaştırılmasında tanımlayıcı istatistik, ortalama, standart sapma ve yüzde testleri kullanılmıştır. Sonuçlar $p < .05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir (26).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve yukarıda belirtilen hastanelerden gerekli izinler alınmıştır (Ek-4, Ek-5, Ek-6). Araştırmaya alınan her kadına araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmayı kabul eden kadınlardan sözlü ve yazılı (Ek I) izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kadınların olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması ve sonuçların evrene genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Sezaryen doğum sonrası vajinal doğum uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (S: 365)

Sosyo-demografik özellikler		
özellikler	Sayı	%
*Yaş		
18<	3	0.8
18-35	311	85.2
36≥	51	14.0
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	29	7.9
Okur-yazar/İlkokul	167	45.8
Ortaokul/Lise	145	39.7
Üniversite	24	6.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	22	6.0
Çalışmıyor	343	94.0
Gelir durumu		
Düşük	84	23.0
Orta/Yüksek	281	77.0
#Gebelik Sayısı		
1	65	17.8
2	115	31.5
3	185	50.7
Toplam	365	100.0

*Yaş ortalaması; 29.13±5.66 (Min:15, Max: 47), # Gebelik ortalaması; 2.8 ± 1.5 (Min;1, Max; 10)

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de gösterilmektedir.

Araştırmada kadınların yaş ortalamasının 29.13 ± 5.66, % 85.2'sinin 18-35 yaş grubunda olduğu, kadınların %45.8'nin okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu ve %94'ünün

çalışmadığı görülmektedir. Ayrıca kadınların %77.0'sinin orta/yüksek göre gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların gebelik sayısı ortalaması 2.8 ± 1.5 'tir.

Tablo 4.2. Kadınların BKİ' lerinin Dağılımı (S:365)

*BKİ	Sayı	%	X±SS
<25	168	46.0	
25-30	161	44.1	24.61 ± 4.22
>30	36	9.9	
Toplam	365	100.0	

*Gebelikten önceki BKİ alınmıştır (Min;14.88, Max;43.11).

Araştırma kapsamına alınan kadınların BKİ'lerinin dağılımı Tablo 4.2.'de gösterilmektedir.

Araştırmada kadınların BKİ ortalamasının 24.61 ± 4.22 olduğu, % 46'sının BKİ'si 25'in altında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Kadınların Bebeklerine Ait Özelliklerinin Dağılımı (S:365)

Bebeklere Ait Özellikler	Sayı	%
Doğum Haftası		
37 ve altı	87	23.8
38-40	259	71.0
41 ve üzeri	19	5.2
*Bebeğin Doğum Kilosu		
2500 altı	59	16.2
2500-4000	299	81.9
4000 üzeri	7	1.9
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	177	48.5
Erkek	188	51.5
Toplam	365	100.0

*Bebeğin doğum kilo ortalaması: 2985.23 ± 634.2 (Min: 800, Max: 4500)

Tablo 4.3.'te kadınların bebeklerine ait özelliklerin dağılımı gösterilmektedir.

Araştırmada kadınların %23.8'inin 37 ve altı haftalarda doğum yaptığı, %81.9'unun 2500-4000 gr arasında bebeklerinin olduğu, %51.5'inin erkek cinsiyetinde bebeğe sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların Sezaryen Doğuma Karar Verme Durumlarına Göre Dağılımı (S: 365)

Sezaryen Doğum Olma		
Kararı	Sayı	%
Doktoru	171	46.8
Doktoru ve kendisi	189	51.8
Kendisi	5	1.4
Toplam	365	100

Tablo 4.4'te kadınların sezaryen doğuma karar verme durumlarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Araştırmada kadınların sezaryen doğum olma kararını %51.8 ile birinci sırada doktoru ile birlikte karar verdiğini belirtmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların Daha Önceki Gebeliklerinde Sezaryen Olma Sıklığının Dağılımı (S: 222)

Daha Önce Sezaryen		
Doğum Olma Sıklığı	*Sayı	%
1	222	60.8
2	143	39.1
3 ve üzeri	79	21.6

*şu anki sezaryen doğumlar sıklık içerisine dahil edilmiştir.

Kadınların daha önceki gebeliklerinde sezaryen olma durumlarının dağılımı Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Araştırmada kadınların daha önce %60.8'inin 1 sezaryen, % 39.1'inin 2 sezaryen doğum yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4.6. Kadınların Sezaryen Doğum Yapılma Nedenine Göre Dağılımı

Sezaryen Doğum Yapılma Nedeni	*Sayı	%
Önceki doğumun sezaryen olması	222	60.8
Fetal distres	68	18.6
Baş-pelvis uyumsuzluğu	36	9.9
İlerlemeyen eylem	27	7.4
Bebekte pozisyon bozukluğu	23	6.3
Çoğul gebelik	16	4.4
Miad aşımı	14	3.8
İri fetus (>4000 gr)	12	3.3
Vajinal doğum korkusu	8	2.2
Anomalili bebek	6	2.5
Tüpligasyon	4	1.1
Tedavi gebeliği	3	0.8
Annede renal genişleme	2	0.5
Plasental yerleşim anomalileri	1	0.3
Annede epilepsi hastalığı	1	0.3
Batında skar dokusu	1	0.3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.6'da kadınların sezaryen doğum olma nedenine göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırmada kadınların sırasıyla sezaryen olma nedenleri %60.8'i ile en fazla önceki doğumun sezaryen doğum olması, %18.6 fetal distres, %9.9 baş-pelvis uyumsuzluğu ve %7.4 ilerlemeyen eylem olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7. Kadınların Bir Sonraki Doğumunda “Her Durumda SSVD Yapılabilme” Durumunun Değerlendirilmesi

Vajinal Doğum Uygunluk Durumu	S	%
Önceki sezaryen doğumda alt transfer kesi ve başka bir skar dokusunun olmaması,	364	99.7
*Önceki sezaryen doğum nedeninin o gebeliğe bağlı tekrarlamayan bir durum olması,	326	89.3
Annenin 18-35 yaş arasında olması,	311	85.2
Her durumda SSVD yapılabilir Önceden en fazla 1 sezaryen doğum varlığı (ilk kez sezaryen doğum olanların oranı verilmiştir),	222	60.8
#Beden kitle indeksinin (BKİ) 25'in altında olması,	168	46.0
Önceden vajinal doğum varlığı,	82	22.5
Son gebeliğinde kontrol altına alınmış diyabet,	42	11.5
\$Doğum aralığının 2 yıldan fazla olması,	-	-
\$Preeklemsi ve hipertansiyon durumunda doğum için serviksin olgun oluşu ve fetal distresin olmaması,	-	-
\$Gestasyonel yaşın 38 hafta ve üzeri oluşu	-	-

*(Erken doğum, fetal distres, uzamış doğum eylemi, bebekte pozisyon bozukluğu, çoğul gebelik, miad aşımı, iri fetus, anomalili bebek, tedavi gebeliği, annede renal genişleme, plasental yerleşim anomalileri)

#Kadınların gebelikten önceki BKİ'ne göre kategorilendirilmiştir.

\$Bir sonraki doğuma ilişkin belirleyici özellikler olduğundan “Her durumda SSVD yapılabilir” şeklinde değerlendirilmiştir.

Kadınların bir sonraki doğumunda “Her durumda SSVD yapılabilme” durumunun değerlendirilmesini gösteren Tablo 4.7'dedir.

Araştırmaya katılan kadınların sırasıyla %99.7'si önceki sezaryen doğumda alt transfer kesi ve başka bir skar dokusunun olmaması, %89.3'ü önceki sezaryen doğum nedeninin o gebeliğe bağlı tekrarlamayan bir durum olması, %85.2'si annenin 18-35 yaş arasında olması, %60.8'i önceden en fazla 1 sezaryen doğum varlığı nedeniyle “Her durumda SSVD yapılabilir” şeklinde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların Bir Sonraki Doğumlarında “Genellikle SSVD Yapılabilme” Durumunun Dağılımı

Vajinal Doğum Uygunluk Durumu	S	%
Önceki doğum/larda en fazla 2 sezaryen doğum varlığı	143	39.1
*BKİ'nin 25-30 arası olması,	161	44.1
Anne yaşının 18'den küçük, 35'ten büyük olması	54	14.8
Annede Hepatit-C enfeksiyonu varlığı	-	-

*Kadınların gebelikten önceki BKİ'ne göre kategorilendirilmiştir.

Kadınların bir sonraki doğumlarında “Genellikle SSVD Yapılabilme” durumunun dağılımını gösteren Tablo 4.8'dedir.

Kadınların %39.1'i önceki doğum/larda en fazla 2 sezaryen doğum varlığı, %44.1'i BKİ'nin 25-30 arası olması, % 14.8'i Anne yaşının 18'den küçük, 35'ten büyük olması nedeniyle “Genellikle SSVD yapılabilir” şeklinde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9. Kadınların “SSVD Önerilmemekle Birlikte Uygun veya Ulaşılabilir Başka Bir Yöntem Yoksa Kullanılabilir” Durumunun Dağılımı

Vajinal Doğum Uygunluk Durumu	S	%
Önceden 3 ve üzeri sezaryen doğum varlığı	79	21.6
SSVD önerilmemekle birlikte uygun veya ulaşılabilir başka bir yöntem yoksa kullanılabilir		
*BKİ'nin 30'un üzerinde oluşu,	36	9.9
Önceki uterin insizyon yerinin tam olarak bilinmemesi	-	-
Annede Hepatit-B virüs varlığı durumu	-	-

*Kadınların gebelikten önceki BKİ'ne göre kategorilendirilmiştir..

Kadınların “SSVD Önerilmemekle Birlikte Uygun Veya Ulaşılabilir Başka Bir Yöntem Yoksa Kullanılabilir” durumunun dağılımını gösteren Tablo 4.9'dadır.

Kadınların %21.6'sı önceden 3 ve üzeri sezaryen doğum varlığı, %9.9'u BKİ'nin 30'un üzerinde oluşu nedeniyle “SSVD önerilmemekle birlikte uygun veya ulaşılabilir başka bir yöntem yoksa kullanılabilir” şeklinde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.10. Kadınların Bir Sonraki Doğumlarında “SSVD Yapılmama” Durumunun Dağılımı

Vajinal Doğum Uygunluk Durumu	S	%
Baş-pelvis uyumsuzluğu	36	9.9
Geçirilmiş uterin rüptür, myomektomi ya da histerektomi	5	1.3
Öncedeki sezaryen/operasyonlardaki klasik veya ters T insizyonu	-	-
HIV virüsü ile infekte gebe	-	-
Hepatit-C virüs ve HIV co-infekte gebe	-	-
SSVD yapılmamalıdır		
HSV-2 infekte gebe	-	-
*Preeklemsi/eklemside serviks olgun değilse ve fetal distres durumu		
*Fetusun 4000 \geq olması		
*Fetal prezentasyon anomalisi		
*Fetal anomali		
*2 > fetus varlığı		

*Bir sonraki gebeliğe ilişkin belirleyici özellikler olduğundan “SSVD yapılmamalıdır” şeklinde değerlendirilmiştir.

Kadınların bir sonraki doğumlarında “SSVD Yapılmama” durumunun dağılımını gösteren Tablo 4.10'dadır.

Kadınların %9.9'u baş-pelvis uyumsuzluğu ve %1.3'ü geçirilmiş uterin rüptür, myomektomi ya da histerektomi nedeniyle “SSVD yapılmamalıdır” şeklinde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.11: Kadınların Bir Sonraki Doğumlarının Vajinal Doğum Olması Durumuna Göre Dağılımı (S:365)

Kadınlara ait verilerin değerlendirilmesi	Sayı	%
Her durumda SSVD yapılabilir	53	14.5
Genellikle SSVD yapılabilir	176	48.2
SSVD önerilmemekle birlikte uygun veya ulaşılabilecek başka bir yöntem yoksa kullanılabilir	96	26.3
SSVD yapılmamalıdır	40	11.0
Toplam	365	100

Tablo 4.11'de araştırmaya katılan kadınların bir sonraki doğumlarının vajinal doğum olması durumuna göre dağılımı gösterilmiştir.

Kadınların %14.5'i "Her durumda SSVD yapılabilir", %48.2'si "Genellikle SSVD yapılabilir" ve % 11'i "SSVD yapılmamalıdır" olarak tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde sezaryen doğumların her geçen gün artış göstermesi anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemli olmakla birlikte birçok riskleri de beraberinde getirmektedir. DSÖ sezaryen doğum oranını %10-15 arasında olmasını önermektedir. Ülkemizin de içinde olduğu birçok ülke bu oranın çok üzerindedir (2, 5, 6).

Araştırma sezaryen doğum yapmış kadınların mevcut ve ileriki doğumları için vajinal doğum uygunluklarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırma sonucundan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamızda sezaryen doğum yapan kadınların yaş ortalaması 29.13 ± 5.66 'dır (Tablo 4.1). Literatürde gebelik yaşının artması ile birlikte sezaryen tercih oranının da yükseldiği belirtilmektedir (19, 27, 28). Araştırmalarda sezaryen doğum yapan kadınların yaş ortalaması 25.93 ile 29.5 arasında değişmektedir (14, 27, 29-34). Bu sonuçlar çalışma bulgumuz ile paralel olup çalışmamızı destekler niteliktedir. Literatür desteği ile oluşturduğumuz değerlendirme tablolarımızda annelerin 18-35 yaş arasında olması "Her durumda SSVD yapılabilir" şeklinde ele alınmıştır.

Araştırmamızda SSVD uygunluk durumunu değerlendirmede BKİ'nin 25'in altında olması "Her durumda SSVD yapılabilir" şeklinde değerlendirilmektedir. Araştırmamızda kadınların yarıya yakınının BKİ'si 25'in altındadır (Tablo 4.1). Abdelazim ve arkadaşlarının SSVD'nin başarısı ile maternal ve obstetrik faktörlerin sonuçları üzerine 122 kadınla yaptığı çalışmada SSVD konusunda başarılı olan kadınların BKİ ortalaması 23.8 ± 0.03 olarak bulunmuştur (33). Yokoi ve arkadaşlarının Japon kadınlarda SSVD başarısı üzerine yaptığı çalışmada ise SSVD'da başarılı olan kadınların BKİ ortalamaları 21.4 ± 3.1 'dir (35). Araştırmamızda kadınların gebelik öncesi BKİ ortalaması 24.61 ± 4.22 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Araştırma bulgumuz Abdelazim ve arkadaşlarının ve Yokoi ve arkadaşlarının araştırma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların gebelik ortalaması 2.8 ± 1.5 'tir (Tablo 4.1). Çağlayan ve arkadaşlarının sezaryen doğum yapan kadınlar ile yaptığı çalışmada kadınların gebelik ortalaması 2.3 ± 1.4 olarak bulunmuştur (36). Çağlayan ve arkadaşlarının

bulgusu ile araştırma sonucumuz farklılık göstermektedir. Bu farklılığın araştırmaların yapılma yılından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı ve TNSA verilerine göre sezaryen doğum oranı gittikçe artmaktadır (3-5, 16). Bu nedenle araştırmamızda kadınların gebelik sayısının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların dörtte üçüne yakını 38-40 hafta arasında doğum yapmıştır. Literatürde sezaryen doğum yapan kadınların doğum haftası ortalaması 37 ile 39 hafta arasındadır (14, 29, 30, 33). Bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların yaklaşık beşte dördünün bebeklerinin doğum ağırlığının 2500-4000 gr arasında ve ortalamasının 2985.23 ± 634.2 olduğu tespit edilmiştir. Uzunçakmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sezaryen doğum yapan kadınların ortalama bebek doğum kilosu 3065.8 gram, Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ortalama bebek doğum kilosu 2935 gramdır (29, 30). Uzunçakmak ve Yılmaz'ın çalışmaları araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir. Sağlık Bakanlığı'nın doğum ve sezaryen eylem yönetim rehberi desteği ile oluşturduğumuz değerlendirme tablolarımızda bebeğin doğum kilosunun sadece 4000 gramın üzerinde olması sezaryen doğum endikasyonudur (20). Sağlık Bakanlığı ülkemizde iri fetus sıklığını % 9 olarak saptamıştır (20). Araştırmamızda bu gruba giren kadın oranı % 1.9 olup bir sonraki gebelik için belirleyici bir faktör olmadığından "Her durumda SSVD yapılabilir" olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda sezaryen ile doğan bebeklerin yarısından fazlasının erkek olduğu saptanmıştır. Literatürde sezaryen doğum yapan kadınlar ile yapılan çalışmaların tamamında erkek bebek (%50.8 ile %53.9 arasında) oranının kız bebeğe (%46.1 ile %49.2 arasında) göre yüksek olduğu saptanmıştır (29-31, 37, 38). Çalışma bulgularımızla paralellik gösteren bu sonuçlar ışığında sezaryen doğumların erkek lehinde daha fazla olduğu söylenebilmekle birlikte bebeğin cinsiyeti bir sonraki doğum şekli için belirleyici faktör değildir.

Araştırmamızda kadınların yarısına yakınının sezaryen doğumuna doktoru karar verirken yarısından fazlasının doktoru ile birlikte karar verdiği saptanmıştır (Tablo 4.4). Literatürde doğum şekline doktorun karar verme oranı %50 ile %79.6 arasında değişmektedir (6, 19, 27, 39). Araştırma bulgumuz literatürden düşük çıkmıştır. Farklılığın araştırmamızda birden fazla cevap verilip "doktor ve kendim" olarak cevap verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızda kadınların

yarısına yakınının okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu göz önüne alındığında kadınların doktoru tarafından yönlendirilmiş olabileceği de düşünölmektedir.

Araştırmamızda kadınların yarısından fazlasının sezaryen olma nedeni önceki doğumunun sezaryen doğum olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde bu değer %23.8 ile %55.7 arasındadır (19, 29, 31, 32, 37, 40, 41). Araştırma bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir. Araştırmamızda SSVD değerlendirme tablosunda önceden en fazla 1 sezaryen doğum yapmış olmak “Her durumda SSVD yapılabilir” şeklinde ele alınmıştır. Bizim araştırmamızda bu değer %60.8 olarak bulunmuştur. Dünyada ve ölkemizde yıl arttıkça sezaryen doğum oranları da artmaktadır (3, 4, 5, 16). Tahseen ve Griffiths'in SSVD üzerine yaptığı çalışmada daha önce bir sezaryen doğum yapanlarda SSVD başarı oranı %76.5, daha önce iki sezaryen doğum yapanlarda SSVD başarı oranı % 71.1 bulunmuştur (42). Sezaryen doğumların artması ile önceki doğumların sezaryen olma olasılığı artacağından kadınların SSVD yapma şansının git gide düşeceği düşünölmektedir. Bu nedenle özellikle bir kere sezaryen doğum yapan kadınların özel olarak ele alınarak SSVD için uygunluklarının değerlendirilmesi sezaryen doğumların azaltılması için önem teşkil etmektedir.

Araştırmamızda kadınların yaklaşık beşte birinin sezaryen doğum olma nedeni fetal distres olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde fetal distres nedeni ile sezaryen doğum olma oranı %11.7 ile %30 arasındadır (15, 29- 32, 34, 37, 40, 41). Araştırma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Fetal distres tanısı tekrarlamayan bir durum olması açısından bir sonraki doğumun sezaryen doğum olması için endikasyon sayılmamaktadır. Bu nedenle araştırmamızda “Her durumda SSVD yapılabilir” olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda kadınların yaklaşık onda birinin baş-pelvis uyumsuzluğu nedeniyle sezaryen doğum olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Literatürde baş-pelvis uyumsuzluğu nedeni ile sezaryen doğum oranı %4.6 ile %30.2 arasında değişmektedir (15, 29- 32, 34, 37, 40, 41). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Baş-pelvis uyumsuzluğu bebeğin başının büyüklüğünden mi yoksa annenin kemik pelvis ölçülerinin darlığından mı kaynaklandığı bilinmeyen bir durum olduğundan değerlendirme tablosunda “SSVD yapılmamalıdır” şeklinde ele alınmıştır.

Araştırmamızda kadınların ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen doğum yapılma nedeni beşinci sırada bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde ilerlemeyen eylem

nedeni ile sezaryen doğum yapma oranı %4.1 ile %11.5 arasında değişmektedir (29, 30, 32, 34, 37, 40, 41). Araştırma bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir. Araştırmamda ilerlemeyen eylem şu anki doğuma özgü bir durum olup bir sonraki doğumda sezaryen doğum için endikasyon olmadığından “Her durumda SSVD yapılabilir” olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda yaklaşık her on beş kadından birinin bebekte pozisyon bozukluğu nedeni ile sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde bebekte pozisyon bozukluğu nedeni ile sezaryen doğum yapma oranı %4.42 ile %14.1 arasında değişmektedir (6, 15, 19, 29- 32, 41, 43). Araştırma bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir. Bebekte pozisyon bozukluğu şu anki doğuma özgü bir durum olup bir sonraki doğumda sezaryen doğum için endikasyon olmadığından “Her durumda SSVD yapılabilir” olarak değerlendirilmiştir.

Son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin artmasıyla çoğul gebelik insidansında belirgin şekilde artış olup gelişmiş ülkelerde tüm gebeliklerin %1-3’ünü oluşturmaktadır (44-46). Araştırmamızda yaklaşık her yirmi kadından birinin çoğul gebelik nedeni ile sezaryen doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Literatürde bu oran %1 ile %5.1 arasında değişmektedir (15, 19, 29, 30, 43). Bu çalışma sonuçları bizim araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Çoğul gebelik, değerlendirme tablomuzda eğer fetus sayısı 2’nin üzerinde ise “SSVD yapılmamalıdır” şeklinde ele alınmıştır.

Araştırmamızda kadınların sezaryen doğum olma nedenleri arasında miad aşımı sekizinci Sırada yer almaktadır (Tablo 4.6). Gül’ün İstanbul’da yaptığı çalışmada kadınların %2.6’sının, Ceylantekin’in Afyon’da yaptığı çalışmada ise %2.4’ünün miad aşımı nedeni ile sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur (15, 19). Araştırma bulgumuz ile paralel olmayan bu sonuçların araştırmaların yapıldığı yerler ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Miad aşımı şu anki doğuma özgü bir durum olup bir sonraki doğumda sezaryen doğum için endikasyon olmadığından “Her durumda SSVD yapılabilir” şeklinde ele alınmıştır.

Araştırmamızda kadınların %3.3’ünün iri fetus nedeniyle sezaryen doğum olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Literatürde bu durum %2.1 ile %11.8 arasında değişmektedir (6, 15, 29, 40, 43). Araştırma bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir. İri fetus değerlendirme tablolarında “SSVD yapılmamalıdır” şeklinde ele alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberinde fetal anomali durumunda sezaryen doğum önerilmektedir (20). Araştırmamızda kadınların %2.5'ine anomalili bebek nedeni ile sezaryen doğum uygulanmıştır (Tablo 4.6). Gül (2008)'ün yaptığı çalışmada anomalili bebek nedeni ile sezaryen doğum yapan kadın oranı %3'tür (15). Araştırma bulgumuz Gül'ün çalışması ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada fetal anomali bir sonraki doğumun sezaryen olması için endikasyon kabul edilmediğinden “Her durumda SSVD yapılabilir” şeklinde ele alınmıştır.

Tedavi gebeliği; uzun uğraşlar, büyük emek ve maddi harcamalar sonucu oluşan gebelikler olduğundan aile ve doktor tarafından riske atılmak istenmeyebilmektedir. Araştırmamızda kadınların yaklaşık yüzde birinin tedavi gebeliği nedeni ile sezaryen doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Literatürde tedavi gebeliği nedeni ile sezaryen doğum %0.6 ile %4.4 arasında değişmektedir (6, 40). Araştırma bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir. Tedavi gebeliği değerlendirme tablolarımızda tıbbi bir gerekçe sayılmadığından SSVD uygunluk kriterleri içerisinde değerlendirilmemiştir.

Araştırmamızda sezaryen doğum endikasyonları arasında daha önce sezaryen doğum yapılmış olması ilk sırada yer almaktadır. Bu durum günümüzde sezaryen doğum oranlarındaki artışın önemli sebeplerinden biridir (34, 36, 40). Bu artışı azaltmada SSVD dikkatle ele alınması gereken bir konudur. Buna paralel olarak literatürde SSVD başarı oranı %73 ile %83.4 arasında değişmektedir (33, 47, 48). SSVD'deki en önemli risklerden biri uterin rüptürdür (6, 7). Landon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uterin rüptür daha önce bir sezaryen doğum yapanlarda %0.7, birden fazla sezaryen doğum yapanlarda %0.9 olarak bulunmuştur (48). Cahill ve arkadaşlarının (2010) daha önce 3 veya daha fazla sezaryen doğum yapan kadınlar ile yaptığı çalışmada uterin rüptür vakası hiç olmamıştır (12). Tahseen ve Griffiths'in yaptığı çalışmada ise daha önce bir sezaryen doğum yapanlarda uterin rüptür oranı %0.72, daha önce iki sezaryen doğum yapanlarda uterin rüptür oranı %1.59 bulunmuştur (42). Literatür çalışmaları SSVD'de uterin rüptür oranının oldukça düşük olduğunu göstermektedir (12, 42, 48). Araştırmamızda Sağlık Bakanlığı SSVD Uygulama Rehberi ve literatür dikkate alınarak SSVD uygunluk tabloları oluşturulmuştur (1, 20, 25). Araştırmamızda kadınların %14.4'ünün her durumda, %48.2'sinin ise genellikle SSDV için uygun oldukları bulunmuştur. Bu bulgular ışığında araştırmamızdaki kadınların yaklaşık yarısından fazlasının uygun merkezler ve

deneyimli sağlık personeli eşliğinde mevcut durumları dikkate alınarak SSVD denenebileceği söylenbilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sezaryen sonrası vajinal doğum uygunluğunu değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Sonuçlar

- Kadınların büyük çoğunluğunun 18-35 yaş grubunda ve okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu,
- Kadınların genelinin çalışmadığı ve gelirlerinin orta/yüksek durumda olduğu,
- Kadınların çoğunluğunun BKİ ortalamasının 25'in altında olduğu,
- Kadınların bebeklerinin çoğunluğunun 2500-4000 gr ve 38-40 hafta arasında, erkek olduğu,
- Sezaryen doğum kararının büyük bir kısmının doktoru ve kendisinin verdiği,
- Kadınların çoğunluğunun daha önce bir sezaryen doğum olduğu,
- Kadınların sezaryen doğum olma nedenleri sırasıyla önceki doğumun sezaryen olması, erken doğum, fetal distres, baş-pelvis uyumsuzluğu ve ilerlemeyen eylem olduğu,
- Literatür ışığında hazırlanan tablolarda kadınların % 14.5'inin "Her durumda SSVD yapılabilir", % 48.2'sinin "Genellikle SSVD yapılabilir" olarak bulunduğu,
- Kadınların % 26.3'ünün "SSVD önerilmemekle birlikte uygun veya ulaşılabilecek başka bir yöntem yoksa kullanılabilir", % 11'inin "SSVD yapılmamalıdır" olarak bulunduğu görülmüştür.

SSVD dikkatli seçilmiş olgularda anne ve bebek için yeterli donanım ve bakım koşullarının olduğu sağlık kuruluşlarında ailelerin de onayı alınarak uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yöntem olarak görülmektedir. Ülkemizde sezaryen doğumların azaltılarak vajinal doğumlara yönlendirilmesi anne ve bebek sağlığı açısından hastanede kalma süresinin uzaması, gereksiz ilaç kullanımı, sezaryen operasyonlarının anne ve bebeğe yüklediği komplikasyonlar yönünden bakıldığında ciddi bir gereksinimdir. Ayrıca ülke ekonomisi açısından da son derece önem arz etmektedir. Bu nedenle SSVD oranının artırılmasına yönelik olarak;

- Kadınların SSVD hakkındaki farkındalıklarının arttırılarak vajinal doğuma teşvik edilmesi,

- Sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı protokol ve akış şemalarının dikkatle uygulanması,

- Sezaryen sonrası vajinal doğum protokollerinin daha sık uygulanması,

-Sağlık ekibine SSVD'ye yönelik eğitim programlarının verilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Ertem G, Koçer A. Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Dirim Tıp Gazetesi* 2008, 82: 1-5.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2010 <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/> 04 Haziran 2013.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/TNSA-2003%20sabihat%20tezcan.pdf> 04 Haziran 2013.
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf 04 Haziran 2013
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Kalkan Matbaacılık. 2011.
6. 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 Derg* 2011, 89-100
7. Ercan CM, Coksuer H, Sipahioğlu H, Pehlivan H, Alanbay İ, Karasahin KE, Baser İ. Eski sezaryen sonrası vajinal doğuma bağlı uterin rüptür ve atoni olgusunda rüptür tamiri ve b-lynch sütürü. *Kocatepe Tıp Derg* 2009, 10: 57-9.
8. Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur M.J & Homer CSE. Non-Clinical Interventions That Increase The Uptake And Success Of Vaginal Birth After Caesarean Section: A Systematic Review. *JAN* 2011a, 67 (8): 1662–76.
9. Göynüner FH, Temel M, Şahin S, Naki M, Kepkep K. Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Perinatoloji Derg* 2006 14(4): 176-82.
10. Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur MJ & Homer CSE. Clinical Interventions That Increase The Uptake And Success Of Vaginal Birth After Caesarean Section: A Systematic Review. *JAN* 2011b, 67 (8): 1646–61.

11. Şahin NH. Seksio - sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg* 2009, 2 (3): 93-8.

12. Cahill A, Tuuli M, Odibo A, Stamilio D, Macones G. Vaginal Birth After Cesarean For Women With Three Or More Prior Cesareans: Assessing Safety And Success. *BJOG* 2010, 117: 422–8.

13. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, Janik R, Walker M, Guise J-M. New Insights on Vaginal Birth After Cesarean. *ACOG* 2010, 116 (4): 967-81.

14. Birara M, Gebrehiwot Y. Factor Associated With Success Of Vaginal Birth After One Cesarean Section (VBAC) At Three Teaching Hospitals In Addis Ababa, Ethiopia:A Case Control Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013, 1: 13-31.

15. Gül N. (2008). Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul 2008.

16. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuclar_sunum_2122014.pdf 06 Mart 2015.

17. Özer HT. Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2011.

18. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2007.

19. Ceylantekin Y. Sezaryenle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Ve Sonrası Tecrübe Ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi 2006.

20. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Ankara: Damla Matbaacılık. 2010.
21. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 10. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2005: 371-72.
22. Günel GB. (2009). Geri Dönüşü Olmayan Karar “Sezaryen”. <http://www.muharrembalci.com/hukukdunyasi/makaleler/birikimlerIII/27.pdf> 10 Mayıs 2016
23. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG). Practice bulletin no: 115. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* Aug/2010; 116 (2): 450-63.
24. İnegöl İ, Kamalak Z. Sezaryen Sonrası Her Hastaya Normal Vajinal Doğum Denenebilir mi?. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fak Derg*, 2010, 73 (1): 33-7.
25. Yanikkerem E, Saruhan A. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg* 2007, 2: 7-15.
26. Bahar Z. Verilerin Çözümlemesinde İstatiksel Yöntemler. İçinde: Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemler, 4. Baskı. Ankara, Odak Ofset Matbaacılık, 2012: 189-249.
27. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012 20 (3): 210-8.
28. Uçum EY, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg* 2010, 5 (13): 107-23.
29. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal* 2009, 22(2): 104-10.
30. Uzunçakmak C, Gültaş A, Aydın S, Var A, Özçam H. S.B. İstanbul eğitim araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniği'nde 2005-2012 yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. *İstanbul Med J* 2013, 14: 112-6.
31. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Marmara Medical Journal* 2006, 3 (4): 249-54.

32. Erkıran AA. Spontan vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan hastaların doğum öncesi ve doğum sonrası hematolojik değerlerinin kan kaybı açısından değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı/İstanbul Göztepe Eğitim Hastanesi 2009.
33. Abdelazim IA, Elbiaa AAM, Al-Kadi M, Yehia AH, Nusair BMS, Abu Faza M. Maternal and obstetrical factors associated with a successful trial of vaginal birth after cesarean section. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2014, 15: 245-9.
34. Çakır L, Erdem B, Tekin B, Can H, Öztürk YK. Ağrı ilinde sezaryen oranlarının değerlendirilmesi. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Derg* 2013, 17:55-62.
35. Yokoi A, Ishikawa K, Miyazaki K, Yoshida K, Furuhashi M, Tamakoshi K. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after ce-sarean delivery in japanese women. *Int. J. Med. Sci.* 2012, 9 (6): 488-91.
36. Çağlayan EK, Mustafa Kara M, Gürel YC. Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Derg* 2011, 7:64-67.
37. Töz E, Kurt S, Canda MT, Gürbüz T, Taşyurt A. İzmir Ege doğumevi ve kadın hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesindeki 5 yıllık doğum verileri ve sezaryen endikasyonları. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Derg* 2011, 21 (3): 109-12.
38. Yumru AE, Dinçgeç B, Öndeş B, Atalay N. Kliniğimizde gerçekleşen 11561 doğumdaki bebek cinsiyetinin makrozomi ve sezaryen oranı ile ilişkisi. *JAREM* 2011, 1: 18-20.
39. Özkan S, Aksakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Derg* 2013, 11 (2): 59-71.
40. Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Öİ, Babayiğit MA. Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Tıp Derg* 2014, 3: 1-7.
41. Yıldız A, Köksal A, Çukurova K, Keklik A, Çelik N, İvit H. Bir obstetrik kliniğinde 15 yıllık periyod süresince sezaryen oranları ve endikasyonlarının yıllara göre dağılımı. *Nobel Medicus* 2010, 6 (1): 10-4.
42. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010, 117: 5–19.
43. Cebesoy FB, Balat Ö, Kutlar İ, Dikensoy E. Sezaryen sonrası postpartum kanama neden ve sonuçlarının analizi. *Gaziantep Tıp Derg* 2008, 15-7.

44. Sivaslı E, Gülsevin T. Çoğul gebelikler. *Hacettepe Tıp Derg* 2004, 35: 154-9.
45. Uludağ S, Gezer A, Cansever İK, Suiçmez BD. Çoğul gebeliklerde gecikmiş aralıkla doğum. *Cerrahpaşa Tıp Derg* 2007, 38: 62- 4.
46. Ramoğlu MG, Kavuncuoğlu S, Özbek S, Aldemir E. Kendiliğinden ve *in vitro* fertilizasyonlu çoğul gebeliklerden erken doğan bebeklerin doğum öncesi ve bedensel büyüme özellikleri. *Türk Ped Arşivi* 2014, 49: 17-24.
47. John Zweifler J, Alvaro Garza A, Hughes S, Stanich MA, Hierholzer A, Lau M. Vaginal birth after cesarean in California: before and after a change in guidelines. *Ann Fam Med* 2006, 4: 228-34.
48. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Margaret Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, Peaceman AM, O'Sullivan MJ, Sibai BM, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM, Gabbe SG. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006, 108: 12–20.

EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Tülay AYTEKİN AYDIN

2. Doğum Tarihi: 05.03.1987

3. Unvanı: Hemşire

3. Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Üniversite	Bölüm/Program	Yıl
Lisans	Fırat Üniversitesi	Hemşirelik Y.O.	2005-2009
Y. Lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A. B. D.	2012-Devam Ediyor

Yüksek Lisans Tez Başlığı (özeti ekte) ve Tez Danışmanı:

Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

5. Görevler

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Sivrice Toplum Sağlığı Merkezi-Elazığ	19.10.2009- 22.12.2010
Hemşire	Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Elazığ	23.12.2010-Devam Ediyor

A. Katıldığı Kurslar:

A1. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu. 23 Ocak-24 Şubat 2012. Malatya.

A2. Yenidoğan Canlandırması Kursu. 08 Aralık-11 Aralık 2015.Elazığ.

B. Katıldığı Kongreler:

B1. 5. Yenidoğan Hemşireliği Sempozyumu. 24-25 Kasım 2011. Malatya.

B2. 1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi. 24-26 Nisan 2013. İstanbul.

B3. Karadeniz Yenidoğan ve Kadın Doğum Hemşireliği Kongresi. 19-21 Haziran 2013.
Trabzon.



EK 2: KATILIMCI RIZA FORMU

Değerli Katılımcı,

Sezaryen doğum sonrası vajinal doğum uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz. Bu nedenle sosyo-demografik özellikler, doğum şekli ve buna yönelik soruları içeren bir anket bulunmaktadır. Bu anketi tam ve doğru doldurmanız araştırma sonucu açısından önemlidir.

Bu çalışmaya, kendi rızaları ile katılmak isteyen bireyler dahil edilecektir. Çalışmaya katılanların kim olduğu bilinmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir.

Çalışma için ad, soyad, adres ve telefon numarası belirtilmesine gerek yoktur. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcıların hiçbir etki altında kalmadan çalışmaya katıldıklarını bildirmek amacı ile aşağıda belirtilen yeri imzalamaları yeterli olacaktır.

Aşağıda imzası bulunan ben, “Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi” adlı yapılması planlanan tanımlayıcı epidemiyolojik çalışma hakkında, araştırmacı Tülay Aytekin'den tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim.

Katılımcı Adı, Soyadı / İmzası:

Telefon:

Tarih:

EK 3: ANKET FORMU

Anket Numarası:

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur-yazar değil

2) Okur-yazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Üniversite

3. Çalışma durumunuz nedir?

1) Ev hanımı

2) İşçi

3) Memur

4) Diğer.....

4. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığımızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) Düşük (Gelirim giderimden az)

2) Orta (Gelirim giderime eşit)

3) Yüksek (Gelirim giderimden yüksek)

5. Boyunuz kaç cm?.....

Kaç kilosunuz?.....

6. Kaç gebelik geçirdiniz?.....

1) 1 tane

2) 2 ve üzeri

7. Cevabınız 2 ve üzerinde ise, son doğumunuzun dışındaki doğum şekli/şekilleriniz nedir?

1) 1. doğum şekli.....şimdiki doğumunuz ile olan zaman aralığı.....yıl

2) 2. doğum şekli.....şimdiki doğumunuz ile olan zaman aralığı.....yıl

3) 3. doğum şekli.....şimdiki doğumunuz ile olan zaman aralığı.....yıl

4) Varsa diğerlerini belirtiniz.....

8. Son doğumunuzun sezaryen olma nedeni neydi? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz) (Dosya ve katılımcıdan elde edilecektir)

- 1) Normal doğumdan korktuğum için
- 2) Önceki doğumum sezaryen olduğu için
- 3) Cinsel yaşamımın olumsuz etkilenmemesi için
- 4) Çatı darlığı, doğum kanalında darlık olduğu için (Baş-pelvis uyumsuzluğu)
- 5) Normal doğum yapmaya çalıştım, olmadı (Uzamış doğum eylemi)
- 6) Erken doğum olduğu için
- 7) Doğum kanalında enfeksiyon/yara olduğu için
- 8) Tedaviyle gebelik olduğu için
- 9) 40 haftayı geçti, sancım başlamadı
- 10) Bebek sıkıntıya girdiği için (Fetal distres)
- 11) Bebeğin kilosu fazlaydı (Fetus ağırlığı>4000 gr)
- 12) İkiz/çoğul gebelik olduğu için
- 13) Bebek yan/ters geldiği için
- 14) Bebeğin eşi aşağı yerleştiği için
- 15) Bebeğin eşi erken ayrıldığı için
- 16) Diğer.....

9. Son sezaryen doğum olmanız konusunda kararı kim verdi? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1) Ben
- 2) Eşim
- 3) Doktorum
- 4) Ailem

10. Sezaryen doğumunuzda/doğumlarınızda karnınızda oluşan kesinin yeri ve şekli nasıl? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

11. Son gebeliğinizde bebeğiniz kaç haftalık/aylık doğdu?.....

12. Son bebeğiniz kaç kilo doğdu?

1)gr

2) Hatırlamıyorum

13. Son bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1) Kız

2) Erkek



EK 4: Malatya Devlet Hastanesi'nden Alınan İzin Formu



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

Sayı : 94346804.770. 400
Konu : Anket Çalışması

10/01/2014

Sayın: Tülay TEKİN
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
MALATYA

Kurumumuza bağlı Malatya Devlet Hastanesinde “ Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi “ konulu tez çalışmasını Ocak 2014 - Mart 2014 tarihleri arasında yapma talebiniz Genel Sekreterliğimizce uygun olarak değerlendirilmiştir.

Uz.Şükrü ÖZDEMİR
Genel Sekreter

Hamidiye Mah.İnönü Cad. No:5 Kat:1 MALATYA
İletişim: TEL: 0(422)324 56 20-14 Fax:324 56 01

Bilgi:Eğitim N.KARA
khh44.egitim@saglik.gov.tr

EK 5: Turgut Özal Tıp Merkezi'nden Alınan İzin Formu

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

Başhekimlik

Sayı : 68636013/BH/170.99- 6354

26. AGUSTOS 2013
26.08.2013

Konu : Anket

Sayın Tülay AYTEKİN
K. Hüseyin Bey Mah.
Azizler Sok No:37/2
MALATYA

İlgi: 21.08.2013 tarihli dilekçeniz

Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi adlı anket çalışmasını Hastanemizde yapma talebi ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi dilekçenize istinaden;

Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ile Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün konu ile ilgili cevabi yazıları yazımız ekinde sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim a.
Başhekim Yrd.

EKLER:

- 1- Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 2- Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü yazısı (1 Sayfa)

Sayı :94067927/236

23.08.2013

Konu : Anket

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi:21.08.2013 tarihli ve 170.99-6240 sayılı yazınıza istinaden;

Üniversitemiz Rektörlüğü Öğrenci İşleri Dire Başkanlığının; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Tülay AYTEKİN'in 'Sezeryan Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi' konulu anket çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasında bir sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.



Doç.Dr.İlgin TÜRKÇÜOĞLU
Kadın Hast. Ve Doğum AD. Bşk.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ		
GELEN EVRAK		
SAYI	TARİH	
17099/17817	23/08/13	

Sayı : 68636013/BH/216.99- 280

22.08.2013

Konu : Anket İzni

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi: 21.08.2013 tarih ve 170.99-6240 sayılı yazınız.

İlgili yazınıza istinaden; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği bölümünde Yüksek Lisans yapan Tülay AYTEKİN'in "Sezaryan Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi" adlı tezini Hastanemizde yapmak istediğini Müdürlüğümüze gelen ilgi yazı ile belirtilmiş olup, bu talep Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Leyla KILIÇ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE	
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ			
GELEN EVRAK			
SAYI	TARİH		
170.99/216	22.08.2013		

EK 6: Etik Kurul Onay Sayfası

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2013/118			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Malatya Sağlık Yüksek Okulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 14.08.2013		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hamza KARABİBER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hamza KARABİBER	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alaadin POLAT	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. H.Birgül CUMURCU	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI	Tıbbi Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Neslihan ŞİMŞEK	Diş Hekimliği	İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ömer Murat AYDIN	Nükleer Tıp Uzmanı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloglu Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma