

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin tanımı ve önemi

Doğum, normal ve fizyolojik bir süreç olmasına rağmen kadının fiziksel, ruhsal durumunda ve yaşam tarzında bazı değişikliklere neden olmaktadır. Bu sürecin sağlıklı olumsuz yönde etkilemeden devam etmesinde ve sonlanmasında birçok etken rol oynamaktadır. Bu etkenlerden biri de tercih edilen doğum şeklidir. Doğum iki yolla gerçekleştirilir, bunlardan ilki normal vajinal yol, ikincisi ise sezaryen operasyonu ile doğumun gerçekleştirilmesidir (1).

Normal vajinal doğum, fetüsün ve eklerinin vajinal yolla doğmasıdır. Sezaryen doğum ise fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (1, 2).

Son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sezaryen ile doğum oranında belirgin bir artış söz konusudur. Bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, obstetrik komplikasyonlar, annenin medikal hastalıkları ve hasta istemi gibi durumlar yer almaktadır (3, 4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2005 verilerine göre sezaryen doğum oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde %23, İngiltere'de %21.3, İtalya'da %32, Brezilya'da %38'dir. Gelişmiş ülkeler içinde, en düşük sezaryen oranı Çekoslovakya (%14), Hollanda (%14) ve İsviçre'de (%10) görülmektedir.

Ülkemizde son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %37'si sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen ile doğum hızı, TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2003'e (%21) göre büyük ölçüde yükselmiştir. TNSA 2008 verilerine göre sezaryen ile doğum yapma olasılığı annenin yaşıyla birlikte artarken çocuğun doğum sırasıyla da azalmaktadır. İlk doğumların %45'i sezaryen ile yapılmıştır. Kentlerde yaşayan kadınlar (%42) arasında kırsal bölgelere (%24) göre sezaryen doğum daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%16) hariç tüm bölgelerde %40 ve üzerindedir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyiyle birlikte artmaktadır. En yüksek eğitim ve refah düzeyinde %60 veya üzeri olan sezaryen oranı, en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryenle gerçekleşen doğumların üç katından daha fazladır (5-7).

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Daire Başkanlığı'nın açıklamasında, 2007 yılında hastanelere kayıtlı 1 milyon 126 bin canlı doğum yapıldığını, bu rakamın %42.5'inin sezaryen, %57.5'inin normal doğum olduğunu belirtmiştir. Bu sezaryen hızları DSÖ tarafından önerilen oranın (%15) çok üzerindedir.

Sezaryen, yüzyıllar boyunca ölen annenin karnındaki çocuğu kurtarmak için uygulanan bir yöntem olmuştur. Ancak 19. yüzyılda anestezi ve aseptik cerrahi ortaya çıkmasından sonra zor doğumlarda anne ve bebeğin hayatını kurtarmak için güvenle uygulanabilen ve riskli durumlarda anne ve bebek mortalite ve morbiditesini azaltmayı hedefleyen bir doğum yöntemi olarak yaygınlığı giderek artmıştır (8). Bununla beraber hekim ya da kadının isteğine bağlı (elektif) olarak kesin tıbbi bir endikasyon olmayan olgularda da sezaryen oranlarında belirgin oranda artış olmuş ve normal vajinal doğumun bir alternatifi gibi sunulmaya başlanmıştır (8).

Normal doğum doğal ve fizyolojik bir süreçtir. Sezaryen ise gerektiğinde kullanılması gereken cerrahi bir işlemdir (8). Elektif sezaryen yaparken daha sonraki gebeliklerde oluşabilecek ve geçirilmiş sezaryene bağlı postpartum kanama ve plasenta previa gibi komplikasyonlardaki artışın göz ardı edilebilmektedir (9). Normal doğumdan hemen sonra bebek ile doğrudan tensel ve duygusal iletişim mümkünken, sezaryende bu ilişki 24 saate kadar ertelenmektedir. Anne normal doğumdan sonra daha kısa sürede iyileştiği için günlük yaşama geçişi çok hızlı olmaktadır. Sezaryenden sonra bu süreç daha uzun olmaktadır. Bu nedenle normal doğumda annenin kanama, enfeksiyon, organ ve doku hasarı, pıhtı oluşumu riski sezaryene göre daha düşük ve ekonomiktir (4).

Deborah ve ark. (10) 1993–1995 yıllarında yaptıkları çalışmada sezaryenle doğum yapan annelerin normal vajinal doğum yapanlara göre 5 – 20 kat daha fazla enfeksiyon riskine sahip olduklarını ve sezaryen sonrası enfeksiyon görülme oranlarının, demografik ve obstetrik etkenlere bağlı olarak %7-20 arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Anne mortalite ve morbiditesi açısından bu kadar yüksek risk oluşturmasına rağmen, DSÖ son yıllarda sezaryenle doğum oranlarının ciddi bir şekilde artmasına dikkat çekmektedir.

Gebenin doğum şekli tercihi, ebeler için üzerinde durulması gereken bir konudur. Ebelik aktivitelerinin iyi uygulandığı Hollanda, Kanada, Çekoslovakya gibi uygun

ebelik bakımı sunulan ve çiftlere prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması dikkat çekicidir (8).

Gamble ve Creedy (11) tarafından, sezaryende gebe istemini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, sadece önceki veya şimdiki gebeliğinde obstetrik komplikasyon yaşayan az sayıdaki kadının sezaryen istediği sonucuna varılmıştır. Söz konusu araştırmaların çoğunda gebelerin ebe tarafından, kaliteli ve nitelikli bir doğum öncesi danışmanlık alması son derece dikkat çekici bir bulgudur.

Burns ve ark. (12) kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştırmak üzere yaptığı çalışmada ise anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi etkisi altında olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri saptanmıştır.

Ülkemizde ebelik mesleği, tedavi hizmetlerinin ağırlık kazanmaya başlamasından ve evde doğumlardan uzaklaşılmasından bu yana gerilemeye başlamıştır. Ebeler hastane ortamında, bağımsız rollerinden koparak sadece hemşirelik işlevlerini uygular duruma gelmiştir. Sağlık politikaları nedeniyle evde doğumların mümkün olduğunca azaltılmaya çalışılması ve hastanelere yönlendirilmesi, bazı devlet hastanelerinde ebelerin ancak hekim kontrolü altında doğum yaptırabilmesi, üniversite hastanelerinde ise doğumların tamamının doktorlar tarafından yaptırılması en küçük risk durumunda sezaryenle doğumun yüksek oranda tercih edilmesine yol açmıştır.

Ülkemizde mevcut sağlık sistemi ve aile hekimliği çalışmaları nedeniyle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan ebelerin yasalarla belirlenen görevlerini yeterli şekilde yapamamalarına, gebelerin de birinci basamak sağlık hizmeti veren birimleri kullanmayıp özel sağlık hizmeti almasına veya ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönelmelerine neden olmuştur. Bu durum ebelerin doğum hizmetlerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Ebelere, gebeliğin ilk haftalarından itibaren kadını doğum ve doğum sonrası döneme hazırlamasını, alternatif doğum, doğum ağrısı ile baş etme ve gevşeme teknikleri konusunda uygulamalı eğitim yapma ve gebeliği süresince eğitim verip danışmanlığını yaptığı kadının doğumunu hastanede bizzat kendisinin yaptırma imkânı vermemektedir. Bunun yanı sıra ebelerin gebelik öncesi ve gebelik döneminde verdikleri bakımların hastanelerde yapılan doğumlardaki etkilerini yansıtan araştırmalar bulunmamaktadır (8).

TNSA 2008 verilerine göre gebelerin doğum 6ncesi bakım (D6B) alma oranı %92'dir. Bu gebelerin %89.5'i doktordan D6B hizmeti alırken sadece %2'lik bir kısmı ebeden hizmet almıştır. Doğum eylemi sırasında yardıma baktığımız zaman ise, %64.1 oranında doktor, %27.2 oranında ebe doğum eylemi sırasında kadına yardımda bulunmuştur (6).

Bu alışma 6lkemizde kadınların doğum şekli ile ilgili tercihlerinin belirlenmesine y6nelik çok az çalışma olmasından yola çıkararak, normal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların tercih nedenleri ve etkileyen fakt6rlerin araştırılması amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Doğum eylemi; son menstrual periyottan 40 hafta sonra gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin dış ortama atıldığı bir süreçtir. Doğum insanlığın var olduğu günden bu yana süregelen fizyolojik, doğal bir olaydır (2). Son yüzyılda tıpta meydana gelen gelişmelere paralel olarak prekonsepsiyonel ve doğum öncesi bakım kavramları ortaya çıkmış ve bu kavramlar sağlıklı bir gebelik ve lohusalık dönemi geçirilmesi için önem kazanmıştır.

### 2.1. Prekonsepsiyonel bakım

Prekonsepsiyonel bakım gebe kalmadan önce, gebeliğin planlandığı dönemde yapılan değerlendirmeler ve önerilerdir. Normal fizik muayene ve gebelik planlayan eşlerden alınacak özgeçmişe yönelik hikâye ile belli bir risk tayini yapılır. Kalp hastalıkları, hipertansiyon, akut ya da kronik hastalıklar, diyabet, tiroid hormonları, epileptik ilaçlar, alkol ve sigara kullanımı gibi bazı riskler kontrol altına alınabilir (12). Bu nedenle American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) prekonsepsiyonel takibin komponentlerini tanımlamıştır. Bunlar (13-15) ;

- Tüm fertil kadınlarda sistematik olarak reproduktif öykü, aile öyküsü, tıbbi öykü, beslenme durumu, ilaca maruz kalma ve sosyal durumların detaylı olarak incelenmesi,
- Riskler hakkında kadına ve aileye bilgi verilmesi,
- Var olan tıbbi sorunların prospektif olarak gebelik üzerine etkisi ve yapılabilecek girişimlerin anlatılması,
- Çiftler isterse genetik bilgilendirme ve danışmanlık için refere edilmesi,
- Rubella için bağışıklığa bakılması, gerekirse aşılınması,
- Hepatit B antijenine bakılması, istenirse aşı yapılması,
- Gerekli olan durumlarda laboratuvar testlerin yapılması (kan şekeri gibi),
- Uygun kilo, yeterli folik asit alımı için besinler hakkında bilgilendirme, aşırı vitamin almından kaçınılmasının önerilmesi,
- Gebeliğe hazırlık için sosyal, mali, psikolojik durumların gözden geçirilmesi,
- Daha önce doğum varsa iki doğum arasındaki sürenin gözden geçirilmesi ve gerekirse belirli bir süre kontrasepsiyon sağlanması,
- Erken ve devamlı prenatal bakımın öneminin anlatılması

- Gebe adayının gestasyonel yaş tayinini kolaylaştırması açısından mensturual takvim tutması

Kadın bu konularda gebe kalmadan önce gebeliğe hazırlanmak amacı ile bilgilendirilmelidir. Gebelikte ortaya çıkacak olası riskler önceden tespit edilmeli ve sağlıklı bir gebelik planlanmalıdır.

## **2.2. Doğum öncesi bakım**

DÖB, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Böylece annelerin daha sağlıklı bir gebelik geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmaları sağlanmış olur (16,17).

Kadınların güvenle gebe kalmaları, doğum yapmaları ve sağlıklı bebeklere sahip olabilmeleri için gebelikleri boyunca eğitilmiş sağlık personelleri tarafından takip edilmeleri son derece önemlidir. Gebelikleri boyunca hiç DÖB almamış annelerin daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları, bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Annede daha önce var olan hastalıkların erken teşhisi için DÖB mutlaka ilk trimestırda başlanmalı, düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar, normal gebelerde en az 6 kez, riskli gebeliklerde ise daha fazla sayıda izlem yapılmalıdır. DÖB' da izlem sayısı kadar izlemin niteliği de son derece önemlidir. Doğum öncesi kontrollerde (16-19);

- İlk muayenede; hemoglobin-hematokrit değerleri, idrar analizi, kan grubu ve Rh faktörü tayini, antikor taraması, rubella antikor titesi, HBs Ag taraması, toxoplasmosis Ig G taraması, servikal sitoloji, gebelik haftası tayini için USG
- 8-18 haftalar arasında; endike durumlarda korion villus biyopsisi ve amniosentez
- 16-18 haftalar arasında; maternal serum alfa-protein, unkonjuge estriol ve hCG (üçlü test)
- 18-22 haftalar arasında; fetal anomali taraması için USG
- 26-28 haftalar arasında; Hb/Hct, diyabet taraması,
- 32.hafta; Hb/Hct, USG, NST
- 36. hafta; Hb/Hct, USG, NST

Bu laboratuvar tetkikleri ile birlikte kadının düzenli olarak tartılması, kan basıncının takip edilmesi anne ve bebekte oluşabilecek sağlık sorunlarına karşı erken dönemde önlem alınmasını sağlayacaktır (16-19).

Sağlık Bakanlığının güvenli annelik politikasında DÖB’da gebelik döneminde annenin yaşama şekli, alışkanlıkları gebelik sonrası aile planlaması ve emzirme ile ilgili önerilerin yapılması gerekmektedir. Gebelik izlemelerine eşin ve aile bireylerinin katılımı önemlidir. DÖB’da gebeye verilecek hizmetleri şöyle sıralayabiliriz (2,18,20);

- Doğum öncesi bakım takvimi
- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Diş bakımı
- Sigara -alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- Emzirme
- İlaç kullanımı
- Tetanos toksoid immünizasyonu
- Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar; bulantı ve kusma, pityalizm, pika, sık idrara çıkma, mastodini, meme başındaki glandlarda belirginleşme (montgomery tüberkülleri), kolostrum salınımı, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar
- Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağının planlanması
- Doğum belirtileri ve gebelikte tehlike işaretleri
- Postpartum aile planlaması danışmanlığı

TNSA 2003 verilerine göre Türkiye de gebelerin %80.9’u DÖB alırken, TNSA 2008 verilerine göre %92’si DÖB almıştır. 2003 yılı verilerine göre bakım alanların %75.4’ü doktor, %5’i ebe/hemşire tarafından bakım alırken, 2008 verilerine göre DÖB’ın hemen tamamının doktordan alınmış olması dikkat çekicidir (6,7)

### **2.3. Normal doğum**

Doğum miadında bir gebede, olgunluk devresine gelmiş canlı fetüsün, doğal güçlerin etkisi ile baş geliş, oksiput anterior pozisyonda vajinal kanaldan çıkmasıdır.

Fetüs, kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşan doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının oluşturduğu mekanik güce uyarak doğmaktadır. Plasentanın ayrılması ve atılması ile doğum eylemi tamamlanmış olur (21). Doğumların %95-96 sı normal fizyolojik sınırlarda vajinal yolla gerçekleşmektedir (22). DSÖ 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir (23).

Doğum eylemi düzenli uterin kasılmalarla karakterizedir. Bu kasılmalar gittikçe sıklaşır, güçlenir, zaman geçtikçe süresi uzar ve bunlara serviksin dilatasyon ve efasmanı eklenir (24).

Vajinal doğum eylemi, uterusun daha fazla büyüemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir. Sonuç olarak vajinal bir doğum eyleminin gerçekleşmesi için gerekli olan şartlar (2,24) ;

- a. Termde,
- b. Kendiliğinden başlaması,
- c. Tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile,
- d. Verteks pozisyonunda,
- e. Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- f. Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir.

### **2.3.1. Doğum eyleminin fizyolojisi**

Doğum eylemi 10. gebelik ayının sonunda 38-42. haftalarda fetüsün fizyolojik maturasyonu tamamlandığında termde (zamanında) gerçekleşir. Doğum eyleminin başlamasında etkili olan faktörler; genetik kontrol, myometriumun gerilmesi, artmış östrojen düzeyleri, progesteron çekilmesi, oksitosin duyarlılığının artması, prostoglandinler, fetal faktörler ve membran özellikleri gibi faktörlerdir. Bunlar (2,18,25);

1. Uterusun gerilme teorisi; uterus gebelik sürecinde yavaş yavaş büyür. Büyüme sırasında düz kasların büyük bir kısmı gerilir, fakat düz kaslar progesteronun gevşetici etkisine bağlı olarak kasılmazlar.

Doğumun başlaması ile ilgili eski teorilerden biriside, uterusun distansiyonunun, iritabilite ve kontraktilite özelliğini artırmasıdır. Uterusun iritabilitesinin artması sonucunda oksitosin salınımının da arttığı düşünülmektedir. Çoğul gebelikler ve



polihidroamnios durumlarında preterm eylem görülmesi bu durumu desteklemektedir.

2. Hormonal uyarı; eylemin hormonal etkilerle başlaması anne, fetus ve plasentanın arasındaki ilişki ile gerçekleşir. Maternal, fetal ve plasental hormonların doğumun gerçekleşmesinde rol oynadıkları düşünülmektedir. Doğumda rolü olduğu düşünülen hormonlar;

- a. Oksitosin: eylemin ikinci döneminde artış gösterir, eylemi tetikleyen bir mekanizma değildir.
- b. Prostaglandinler: prostoglandinler kontraksiyonları ve servikal olgunlaşmayı sağlar.
- c. Fetal kortizol: fetal kortizol düzeyinin doğumu etkilediği hayvanlar üzerinde gösterilmiş fakat insanlarda gösterilmemiştir. Yinede anensefali ve konjenitaladrenal hipoplazi gibi durumlarda postterm gebelik görülmesi bu teoriyi desteklemektedir.
- d. Estrojen ve progesteron: estrojen ve progesteron arasındaki denge, gebeliğin devamını sağlayan önemli bir faktördür. Estrojen uterusun düz kaslarında kontraksiyon yaparken, progesteron gevşetici etkiye sahiptir. Gebeliğin son dönemlerinde estrojen konsantrasyonunun artması, uterin aktivitelerin artmasına neden olur. Estrojenler, hipotalamus-hipofiz düzeyinde etki yaparak oksitosin sentezinin artmasına ve dolaşıma oksitosin katılmasına yol açarlar.

3. Myometrial aktivite; uterusun kasılmalarının sonucunda üst segmentin kasları kısılır ve serviksin üzerinden uzunlamasına bir çekilme gerçekleşir. Bu olay silinmenin gerçekleşmesini sağlar. Serviks uzun ve kalın bir yapıdan, ince bir yapıya dönüşür. Uterusun kasları kısılıp kalınlaşırlar, eylemden sonra eski uzunluklarına ulaşamazlar. Bunun sonucu uterus kavitesinin yüzeyi azalır ve fetus üzerinde bir basınç oluşur. Her bir kontraksiyonla birlikte uterusun dikey yüzeyi uzarken, yatay yüzeyi kısılır. Bu uzama fetusun uterus alt segmentine doğru itilmesini sağlar.

Doğumun başlaması ile ilgili birçok teori dikkate alındığında anne, fetus ve plasentanın hepsinin birlikte gebeliğin devamını sağlaması veya sonlanıp gebelik ürününün atılmasının belirlenmesinde rol aldığı anlaşılmıştır. Ancak doğumun başlangıcında tetiği çeken mekanizma tam olarak belirlenememiştir (15,26).

### 2.3.2. Doğum eyleminin evreleri

**Birinci evre:** Doğum eyleminin başlaması ile klasik olarak 10 cm olarak ifade edilen tam servikal açıklığa kadar geçen dönemdir. Bu aşama kendi içinde ikiye ayrılır:

**1. Latent faz:** Doğum eyleminin başlaması ile serviksin yukarı doğru eğim kazanması ve bu esnada az miktarda dilate olması arasında geçen süredir. Bu faz esnasında, uterin kontraksiyonlar hafif ve irregüler bir şekilde başlar ve yine bu fazın sonuna doğru şiddeti ve sıklığı artarken, regüler bir karakter kazanır. Her ne kadar latent fazın ne zaman başladığının tespiti zor olsa da nulliparlarda 20 saati, multiparlarda ise 14 saati geçerse uzamış olarak kabul edilir.

**2. Aktif faz:** Servikal dilatasyonda hızla ilerleme ve buna eşlik eden, önde gelen fetal kısmın inişi ile karakterizedir. Bu faz da, kendi içinde üçe ayrılır.

**a. Akselerasyon fazı:** 2-3 cm servikal açıklığı takiben, yaklaşık bir saat içerisinde hızlı bir dilatasyonun izlendiği dönemdir.

**b. Maksimum eğim fazı:** Açılmanın en hızlı olduğu dönemi ifade eder. Bir defa başladıktan sonra, deselarasyon fazına ulaşılan kadar, her gebe için sabit bir hızda ilerleme izlenir. Nulliparlar için 1.2 cm/ saatten az ve multiparlar için 1.5 cm/saatten az olan aktif dilatasyon durumlarında primer disfonksiyonel doğum eyleminden bahsedilmektedir.

**c. Deselarasyon fazı:** Aktif fazın son döneminde dilatasyon yavaşlar ve tam açıklığa ulaşıldığında durur.

Doğumun birinci aşamasında gebenin kontraksiyonlar esnasında yavaş ve derin olarak nefes alarak akciğerlerini doldurup boşaltması öğretilmelidir. Hiçbir zaman kınmasına müsaade edilmemelidir. Bu aşamada çok defa servikal kanal 3-4 cm dilate iken amniyon kesesi kontraksiyon esnasında açılmaktadır (2,15,26,27).

**İkinci evre:** Tam servikal açıklıktan, bebeğin doğurtulmasına kadar geçen süredir. Nulliparlarda 50 dakika, multiparlarda 20 dakika kadar sürer. Fetüsün önde gelen kısmının aşağıya doğru inişi, aktif fazın geç dönemlerinde başlar ve ikinci aşamada devam eder. Nulliparlarda iki saatten fazla veya epidural anestezi varsa üç saatten fazla süren ikinci aşamalar uzamış kabul edilir. Bu süreler, multiparlar için bir saat ve epidural anestezi varsa iki saat olarak kabul edilmektedir.

Çalışmalar travay esnasında fetal kalp hızı trasesinde bir olumsuzluk olmamışsa ve doğumda travma gerçekleşmemişse, ikinci aşamanın uzunluğunun perinatal döneme

olumsuz etki yapmadığını göstermektedir. Bu nedenle tek başına uzamış bir ikinci aşamanın varlığı operatif doğum için genellikle bir endikasyon oluşturmamaktadır. Doğumun ikinci aşamasında kontraksiyonlar esnasında gebenin derin nefes alarak bütün gücüyle aşağıya doğru ıkınması iyi öğretilmelidir.

Önemli nokta baş pelvis çıkımında iken kontraksiyon esnasında başın defleksiyonuna dereceli olarak imkân verecek şekilde perinenin korunmasını sağlamaktır. Bu esnada yapılacak olan epizyotomi ile pelvis tabanı adalelerinin liflerinin yırtılması, anal sfinkterin etkilenmesi önlenmiş olur. Bir taraftan bebeğin doğum kanalında uzun süre kalmasının önlenmesi, diğer taraftan ise ilerde oluşabilecek desensus profilaksisi sağlanmış olur (25-28).

**Üçüncü evre:** Bebeğin doğması ile plasenta, umbilikal kord ve fetal membranların çıkışı arasında geçen süredir. Çoğu kadında 10 dakikadan az sürer, 30 dakikadan fazla süren üçüncü aşamalar uzamış olarak kabul edilir. Plasentanın ayrılma mekanizmasının temelinde bebeğin doğumundan sonra da devam eden uterin kontraksiyonlar yatmaktadır. Bu kontraksiyonlar sonucunda plasental yatağın alanı azalır ve ayrılma desidua vera'nın spongiosa tabakası hizasında gerçekleşir. Devam eden kontraksiyonlar sayesinde spiral arterlerden olan kanama baskı altına alınır. Bu kontraksiyonlar sayesinde plasenta fundustan alt segmente ve oradan da servikse doğru hareketlenir. Bu dönemde doğum yardımının amacı kanamayı en aza indirmektir. Uterus fundusu elle kontrol edilir, kontrakte ve aşırı kanama yoksa beklenir. Plasenta ayrılmadan çekmek ya da uterusu basmak tehlikelidir (15,18,28).

Plasentanın ayrıldığını gösteren belirtilerden bazıları(15,18,26) :

- a. Schroeder belirtisi: Karın palpasyon yapılarak araştırılır. Retroplasental hematoma nedeni ile ya da plasentanın alt segmente gelmesi sonucu fundus göbük üzerinde yükselmektedir.
- b. Küstner belirtisi: Simfiz pubis üzerinden basılarak uterus yukarıya doğru itildiğinde kordon da yukarıya çekiliyorsa plasenta ayrılmamıştır, kordon yukarıya doğru yer değiştirmiyorsa plasenta ayrılmıştır.
- c. Ahlfeld belirtisi: Kordonun işaretlendiği yerden vulvaya doğru yaklaşık 10cm sarkması halinde plasenta ayrılmıştır.

Plasentanın ayrıldığı belirlenmişse loğusa ıkındırılarak plasentanın atılması sağlanır. Anne hafifçe ıkınır veya fundusa elle basınç uygulanır ve plasenta çıkartılır.

Membranlar yırtılmadan çıkartılmaya çalışılır. Plasentanın maternal yüzü dikkatlice kontrol edilerek tam olarak çıkmasının sağlanmasıdır. Doğum sonrası plasenta yatağında hemostazı sağlayan mekanizma primer olarak myometriyum kontraksiyonudur. Bunun için oksitosin, metilergonovin maleat sık kullanılır. Postpartum ilk bir saatte kanama açısından dikkatli olunmalıdır. Normal komplikasyonsuz bir doğum eylemi geçiren ve postpartum 24 saat izlenen anne ve bebekte sorun yoksa taburcu edilebilir (18,26).

**Puerperyum:** Bebeğin doğumundan sonra gebeliğin meydana getirdiği fizyolojik değişikliklerin tam olarak ortadan kalkması arasında geçen süredir. Doğumu takip eden ilk altı hafta puerperal dönem olarak kabul edilir. Bu zaman sürecinde genital traktus gebelik öncesi döneme geri döner (25,26).

### 2.3.3. Normal doğum komplikasyonları

#### 1. Distosi

Distosi kelime anlamı olarak zor doğum demektir. Annenin doğum kanalı, fetüs ve uterustaki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir(2,4,15,25).

#### a. Uterus'a bağlı distosiler

- Uzamış latent faz: kontraksiyonların başladıktan sonra etkili hale gelmemesi,
- Uzamış aktif dönem: kontraksiyonlar yeterli sıklık ve şiddette olmasına rağmen eylemin ilerlememesi, servikal açılmanın olmaması,
- Eylemde duraklama: Eylemin aktif döneminin herhangi bir anında kontraksiyonların ve açılmanın durması

#### b. Doğum yoluna bağlı distosiler

- Kemik pelvis distosileri. Annenin kemik yapısı dardır ve buna bağlı olarak bebek doğamaz. Pelvis giriminde, orta pelviste veya çıkımda darlık vardır.
- Yumuşak doku distosileri: rijit serviks, uterustaki myomlar, vajinal darlık, vajen ve servikste atrezi, önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon,

koterizasyon ya da kollumun rijit olması gibi sebepler vajinal doğumu imkansız kılabilir.

### **c. Bebeğe bağlı distosiler**

İri bebek, duruş anomalileri, bebekte anomali, yapışık ikizler, ikiz doğumda kilitlenme gibi durumlarda görülebilir.

#### **2. Omuz distosisi**

Bebeğin başının doğduktan sonra omuzlarının kemik yapılarına takılarak sıkışmasıdır. Annede diyabet, iri bebek, obezite gibi durumlarda görülebilir.

#### **3. Uterus rüptürü**

Uterus adelesinin eylem sırasında ya da daha önce yırtılmasıdır. Sebepleri arasında kontraksiyonların yeterli olmasına rağmen açılmanın olmaması, geçirilmiş uterus ameliyatları (sezaryen), uterusu yönelik direk travmalar, doğum esnasında dışarıdan uterusu fazla miktarda basınç uygulanması, baş pelvis uygunsuzluğu olmasına rağmen indüksiyon verilmesi gibi nedenler yer almaktadır (4,18).

#### **4. Kordon sarkması**

Amniyon kesesi açıldıktan sonra göbek kordonunun buradan sarkmasıdır.

#### **5. Akut fetal distres**

Eylemin herhangi bir safhasında bebeğin sıkıntıya girmesi ve kalp seslerinin yavaşlamasıdır. Plasentanın erken ayrılması (ablasyo), baş pelvis uygunsuzlukları, kordon sarkması, başın normal pozisyonunda olmaması, plasenta previa, gereksiz ve yanlış uygulanan indüksiyonlar fetal distrese yol açan nedenler arasındadır.

#### **6. Plasentanın ayrılmaması**

#### **7. Uterus İnversiyonu**

Doğumdan sonra uterusun içinin dışa doğru dönmesidir

#### **8. Uterus Atonisi**

Doğumdan sonra uterusun yeteri kadar kasılmamasıdır. Çok ciddi ve ani kanamalara neden olur. Doğumda en sık anne ölüm sebebidir. Özellikle doğum sonrası ilk 24 saat uterus atonisi açısından dikkatli olmak gerekir.

#### **9. Doğum kanalının laserasyonları:**

Vajina ve perine laserasyonları dört grup olarak sınıflandırılır.

- a. Birinci derece laserasyonlar; perineal cilt ve vajinal müköz membranlar.

- b. İkinci derece laserasyonlar; cilt ve müköz membrana ek olarak perineal bölgenin fasias ve kaslarını içerir ama anal sfinkteri içermez.
- c. Üçüncü derece laserasyonlar; cilt, müköz membran, perineal gövde ve anal sfinkteri içerir.
- d. Dördüncü derece laserasyonlar; rektumun lümenini içerecek şekilde rektal mukozaya ulaşırlar (4,15,18).

#### 10. Pelvik relaksasyon

Tekrarlayan normal doğumlardan sonra pelvik relaksasyon (sistosel, rektosel ve üriner inkontinans) olabilmektedir.

#### **2.3.5. Annelerin doğum tercihlerini etkileyen vajinal doğuma ait avantajlar ve dezavantajlar**

Vajinal doğumun en önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğum sonrası anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir. Hastanede kalış süresi son derece kısa olmaktadır (15).

Fetüs açısından avantajı ise doğum esnasında sıkışıp büzüşen bebeğin akciğerlerinin soluk alıp vermeye daha hazırlıklı ve bebeğin anestezi almamış olmasıdır. Ayrıca anne ve bebek arasında duygusal temas daha kısa sürede başlamakta ve daha güçlü olmaktadır (29). Ancak normal vajinal doğum sürecinde annenin ve fetüsün genel sağlık durumlarının bozulması, doğum eyleminin ilerlemesini engelleyen ve tıbbi müdahale gerektiren durumlar gelişebilir. (15).

Doğum yolundaki derin yırtıklara bağlı anal sfinkter zedelenmesi, sistosel - rektosel varlığı ya da oluşma korkusu annelerin normal doğumdan kaçınmalarına neden olan faktörlerden bazılarıdır (15).

Anneleri vajinal doğumdan uzaklaşmaya iten diğer nedenlerin bazıları da psikolojik kökenlidir. Özellikle ilk doğumunu yapacak anneler için, zaman zaman 12 saate kadar sürebilen doğum sancıları büyük korku yaratmaktadır. Ancak günümüzde oldukça fazla tercih edilen epidural anestezi, hipnoz ve suda doğum gibi ağrısız doğum yöntemleri bu korkuları nispeten ortadan kaldırmaktadır. Anne adaylarını korkutan diğer bir durum da doğum eyleminin ne zaman başlayacağını önceden bilinmemesidir. Doğumun uygunsuz zaman ve ortamlarda başlayacağı ve dolayısı ile hastaneye

yetişememe veya doktoruna ulaşamama korkusu anne adaylarını sezaryene yöneltmektedir (15,29).

Epizyotomi yapıldığı zaman vajina ve perinede parçalı laserasyonlar meydana gelmemekte ve doğum eylemi kolaylaşmakta düz ve itinalı bir cerrahi kesi sağlanmaktadır (30).

Vajinal doğum veya epizyotomili vajinal doğum yapan annelerin günlük yaşam aktivitelerine başlama oranlarının sezaryenle doğum yapan annelerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Epizyotomili vajinal doğum yapan annelerin neredeyse tamamının kendi bakımları ile ilgili uygulamalara ilk 8 saatte başladığı, sezaryenle doğum yapan annelerin çok büyük bir kısmının bu uygulamaları 8 saatten sonra yapmaya başladıkları, hatta sezaryenle doğum yapan annelerin bazı uygulamalara doğumdan sonra 24 saat içinde hiç başlayamadıkları tespit edilmiştir (31). Annelerin kendi bakımı ve yeni doğanın bakımı ile ilgili uygulamalarda, özellikle sezaryenle doğum yapan annelerin büyük bir bölümünün sorun yaşadığı, ve refakatçilerinden yardım aldıkları görülmüştür (32-34).

Eski sezaryenlilerde ise vajinal doğum denemesi bir takım maternal riskler taşımaktadır. Bunlar arasında uterin skar ayrışması ve hemorajik komplikasyonlar sayılabilir (35).

Vajinal doğumun avantajları hasta yönünden tartışılmaz ölçülerde yüksektir ve sezaryen operasyonu ile hastaya gösterilen itinanın doğru orantılı olmadığı belirtilmiştir (36).

### **2.3.5. Normal doğum eyleminde ebelik yaklaşımları**

#### **İlk değerlendirme**

Fizik muayene, anamnez, obstetrik anamnez, prenatal dönemde yapılan maternal ve fetal değerlendirme ve testlerin sonuçlarının gözden geçirilmesi ve gerekli görülürse yeni laboratuvar testlerinin yapılmasını içerir. Kontraksiyonların başlama zamanının ölçülmesi, fetal zarların durumu, vajinal kanamanın varlığı veya yokluğu, fetal aktivite, en son ne zaman yemek yediği veya su içtiği ve ilaç kullanıp kullanmadığının bilinmesi özel önem taşımaktadır. İlk başvuruda yapılan fiziksel muayenede, annenin vital bulguları, fetüsün prezantasyon durumu, kalp hızı, uterin kontraksiyonların sayısı, süresi, şiddeti değerlendirilmelidir (37). Pelvik muayeneye engel teşkil eden durum

yoksa servikal açıklığın miktarı, efasmanı, eğer membranlar yırtılmış ise mekonyumlu olup olmadığı ve önde gelen fetal kısmın neresi olduğu dikkatlice değerlendirilmelidir (38).

Doğumdaki ilk değerlendirmede; hastanın prenatal bilgisi, detaylı hikâye, fiziksel muayene ve laboratuvar testleri incelenmelidir. Fiziksel muayenede gebenin ve fetusun genel durumu uygun yöntemlerle değerlendirilmeli ve risk tablosu oluşturulmalıdır Bu değerlendirme doğum eylemi boyunca sürdürülmelidir (38).

### **Gebenin doğumhaneye kabulü**

Doğum sancıları ile hastaneye gelen annelerin çoğu doğumun birinci evresindedir. Kontraksiyonlar 5-10 dakikada bir gelir ve bazen amniyotik membranlar açılmış olabilir. Nişane bu devrede görülür. Bu devrede fazla rahatsızlık hissetmeyen anneyi doğuma hazırlamak ebenin görevidir. Annenin en iyi şekilde fiziksel ve emosyonel hazırlığı ve eylemin tüm safhalarında anne ve bebeğinin sağlığının değerlendirilmesi ile eylem, anne ve fetus için rahat, güvenli ve sağlıklı hale gelecektir (2,39).

- Annenin değerlendirilmesi; annenin yaşı, doğum öncesi izlem sayısı, kan grubu, Rh uyumsuzluğu, gebelik öncesi ve şimdiki kilosu, alerji durumu, gebelik öncesi ve gebeliğindeki sağlık durumu, gebelik öyküsü gibi konularda anneden bilgi alınır.
- Annenin fiziksel değerlendirmesi; annenin yaşam bulguları, eylemin durumu, fetüsün durumu, laboratuvar bulguları, pelvisin değerlendirilmesi yapılır.
- Gebeye ağrıların ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü, nişane ve amniyon mayisinin gelip gelmediği sorulur.
- Abdominal ve vajinal muayene yapılır. Abdominal muayenede leopold manevraları uygulanarak; fetüsün pozisyonu, situs ve habitusu incelenir. Çocuk kalp sesleri (ÇKS) dinlenir, ağrı kontrolü yapılarak kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddeti belirlenir. Vajinal muayenede ise; servikal dilatasyon ve efesman, fetüsün prezante olan kısmının doğum kanalındaki durumu ve hangi düzlemde olduğu, amniyon kesesinin açılıp açılmadığı kontrol edilir.
- Vulvanın temizliği yapılır. Amnios kesesi rüptüre olmamışsa boşaltıcı lavman yapılır.
- Hastane koşullarına göre anneye uygun kıyafet giydirilir.



- Anneye doğum ünitesi ve bölümleri ve hizmet verecek personel tanıtılıp yatağına alınır (2,15,39).

#### **Dilatasyon evresinde ebelik bakımı**

- Travay boyunca annenin fiziksel ve psikoloji bakım gereksinimleri sağlanır.
- Ağrıyı hafifletmek, anksiyeteyi azaltmak ve doğumu kolaylaştırmak için solunum, gevşeme ve ıkınma egzersizleri öğretilir.
- Periyodik yapılan vajinal muayenelere yönelik anneye bilgi verilir.

#### **Ekspulsiyon evresinde ebelik bakımı**

Dilatasyonun tamamlanması ile ekspulsiyon devresi başlamıştır (39-41).

- Anne doğum odasına götürülerek masaya alınır ve uygun pozisyon verilir.
- Doğum masası, yenidoğan için uygun ortam ve malzemeler hazırlanır.
- Tekniğe uygun olarak anne ıkındırılır, yenidoğanın ilk işlemleri yapılır.

#### **Halas evresinde ebelik bakımı**

Plasental evre olarakta adlandırılan halas evresi, bebeğin doğmasından sonra başlar ve plasentanın doğumu ile sona erer. Bu evrede (39-41);

- Plasentanın ayrılma belirtileri gözlenir, anne ıkındırılarak ve krede manevrası ile plasenta çıkarılır.
- Kanamayı önlemek ve uterus kontraksiyonlarını sağlamak için doktor istemi ile metherjin ve oksitosin ampul IM yolla yapılır.
- Doğum kanalında yırtık olup olmadığı kontrol edilir. Eğer epizyotomi açılmışsa tamiri yapılır. Epizyotominin dikişleri tamamlandıktan sonra perine steril bir ped ile kapatılır.

#### **Doğum sonu dönemde ebelik bakımı**

Bu dönem plasentanın doğmasından başlayarak annenin fiziksel durumu stabil olana kadar devam eder. 1-2 saat süren bu dönem, birçok fiziksel değişiklik ve psikososyal sorumlulukların başladığı geçiş dönemidir (39-41).

- Anne yatağına alınır üşümesini önlemek için battaniye ile örtülür.
- Her 15 dakikada vital bulguları takip edilir.
- Fundus masajı yapılır, uterusun sertliği kontrol edilir ve anneye öğretilir.
- Vajinal kanama, perine ve epizyotomi gözlenir.
- Mesane distansiyonu değerlendirilir.

- Postpartum kanama, enfeksiyon ve hematoma riskleri açısından anne değerlendirilir.
- Aile ile ilişki sağlanır ve annenin bebeği kucağına alması ve emzirmesi sağlanır.

### **2.3.6. Epizyotomi**

Epizyotomi bebek başının kolay, süratli ve tehlikesiz doğumunu sağlamak, perinenin tonüsünü korumak ve istenmeyen yırtıkları önlemek düz ve temiz bir cerrahi insizyon oluşturmak amacıyla; bebek başı doğarken perinede bulbo kavernöz kasına yapılan insizyondur (4,18).

Epizyotomi zamanlaması: Erken yapılırsa, doğuma kadar insizyondan fazla kanama olabilir, geç yapılırsa, laserasyonlar görülebilir. Doğru zamanı, 3-4 cm dilatasyon çaplı bir kontraksiyon sırasında baş görülür haldeyken epizyotomi yapmaktır.

Epizyotomi Tipleri: Medial, lateral ve mediolateral epizyotomi olarak üç tipi vardır. En çok kullanılan mediolateral epizyotomidir. İyileşme, cerrahi onarım, kanama ve ağrı açısından en avantajlı olan lateral epizyotomidir. Fakat epizyotomi hattı uzayarak üçüncü ve dördüncü derece laserasyonlara neden olabileceğinden, genelde mediolateral epizyotomi tercih edilir (4,18).

### **2.4. Sezaryen**

Sezaryen ile doğum, fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (42,43).

Sezaryen ile doğum, vajinal doğumun anne ve bebek için riskli olduğu veya mümkün olmadığı durumlarda bebeğin veya annenin sağlığını korumak amacı alternatif olmayarak yaşamsal bir operasyondur. Sezaryenle doğum, eskiden ölmek üzere olan gebe kadından, yaşamakta olan fetüsün canlı olarak alınabilmesi amacı ile kullanılsa da günümüzde cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotiklerin bulunması ve güvenli kan naklinin sağlanabilmesi ile bu durum dışına çıkılarak, distosilerde, annenin isteminde ve akut fetal distres gibi çeşitli durumlarda da uygulanabilmektedir. (44).

#### **2.4.1. Görülme sıklığı**

Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, sezaryen hızında çok belirgin artış olmuştur (45). Sezaryen operasyonu dünyada 1960'larda tüm

doğumlarda %5 oranında yapılırken, 1980'lerde %25-30 oranlarına kadar yükselmiş, 1997'lere kadar inişe geçmiş ancak bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır (4,45-48)

Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, "Riskli gebelik" ve "Kıymetli bebek" kavramlarının ortaya atılması yer almaktadır (4,43,48,49).

DSÖ 2005 raporunda en fazla %15 olarak bildirilen sezaryen hızı, bu değerin altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında, maternal mortalite veya morbiditenin artacağı bildirilmiştir. Günümüzde pek çok ülkedeki sezaryen hızı bu oranın üzerindedir. DSÖ 2005 raporuna göre sezaryen hızları İsviçre'de %10, İngiltere'de %21.3, ABD'de %29 ve İtalya'da %32'dir.

Tüm dünyada olduğu gibi Ülkemizde sezaryen doğum oranlarında bir artış söz konusudur. Her 5 yılda yapılan TNSA verilerine göre, 1998 yılında tüm doğumlar arasındaki sezaryen oranı %14, 2003'te %21.4 iken 2008'de bu oran %40'lara çıkmıştır (6,7,50). Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastane doğumları arasındaki sezaryen oranı; 2005 yılında % 40.7, 2006 yılında %40.3 ve 2007 yılında %42.5'tir (51).

Tüm dünya'da sezaryene bağlı maternal mortalite 4-8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre 26 kat daha fazladır. Hastane ücretlerinin sezaryende vajinal doğuma oranla daha yüksek, hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu düşünülürse, sezaryen endikasyonu belirlerken daha dikkatli olunmalıdır (52).

Sezaryen operasyonu üreme çağındaki kadınlara en sık uygulanan major cerrahi girişimdir (53,54). 1995-2000 yılları arasında yapılan çeşitli çalışmalarda sezaryenle doğum yapan gebelerin büyük bir kısmının 20-29 yaş grubunda yer aldığı belirtilmiştir ve yaş ortalamalarının  $26 \pm 5$  ile  $28.5 \pm 6.6$  arasında değiştiği belirtilmiştir (55-60).

Anormal travay, primer sezaryenlerin yaklaşık %45'ini ve toplam sezaryenlerin %33'ünü oluşturmaktadır. Distosiler son yirmi yıldır yapılan sezaryen operasyonlarındaki dört katlık artışın en büyük kısmını oluştururlar (40).

Sezaryen operasyonları hem anne hem de bebeğin hayatını korumak için yapılmasına rağmen maternal morbidite ve mortalite oranı, vajinal yolla gerçekleştirilen doğumlara göre daha yüksektir. Bu yüzden sezaryen endikasyonları konulurken gerçekçi olunmalı ve etik ilkeler gözetilerek hareket edilmelidir (61,66).

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri şöyle sıralanabilir (55,62-65):

- Paritenin azalması, gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması,
- Anne yaşında ve nullipar doğumlarda artış,
- Elektronik fetal monitorizasyonun 1970'li yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılması ile fetal distres bulgularının daha kolay saptanması,
- Son yıllarda gebeliklerde USG kullanımının artması,
- Doğuma yakın dönemlerde ya da doğum eyleminde yapılan testlerde fetüsün beklenen doğum ağırlığının yüksek tahmin edilmesi,
- Özellikle primigravidalarda makat gelişi olan vakalarda sezaryenle doğum yaptırma eğilimi,
- Sağlık personeli ve ailelerin sezaryen ile doğumun daha güvenli olduğunu düşünmesi,
- İnfertilite tedavisindeki gelişmeler ve bu gelişmelere bağlı olarak çoğul gebeliklerin artması ve kıymetli bebek kavramının ortaya çıkması,
- Vaginal doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle hekim hakkında artan soruşturmalar, hukuki kaygıların olması,
- Annede obesiteye yatkınlık ve obesitenin getirdiği diabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar nedeniyle distosi riskinin artması,
- Tekrarlayan sezaryen doğum,
- Anne adaylarının doğum ağrılarını çekmek istememesi ve doğum ile ilgili olumsuz bilgi ve deneyimleri,
- Forseps ve vakum uygulamasının azaltılması düşüncesi sezaryen ile doğum oranlarının artma nedenleri arasındadır.

Burns'un (12) sezaryen kararlarındaki doktor yönlendirmesini araştıran çalışmasında; sezaryen oranları, doktorların önceki yılda yaptığı sezaryen oranlarındaki hıza, gündüz saatlerinde olmasına ve cuma günlerinde olmasına bağlı olarak arttığı görülmektedir. Anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri anlaşılmıştır.

Annelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumdan korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, sağlık personelinin annelere yönelik psikolojik desteği göz ardı etmesi , normal doğumda

epidural anestezinin yaygın olarak kullanılmaması hastaların sezaryeni tercih etmelerine ve hekimler üzerinde bu yönde baskı yapmalarına neden olmaktadır (67,68).

#### **2.4.2. Sezaryen doğumun endikasyonları**

Zaman içinde sezaryen endikasyonlarında da değişiklik olmuştur, önceleri anne hayatını kurtarmak için yapılırken bugün fetal nedenler ağırlıklıdır (18). Genel olarak sezaryen doğumların %85'inden fazlası şu nedenlerle yapılmaktadır: (43).

1. Preeklampsi (%32.8)
2. Fetal Distres (%15.2)
3. Antepartum kanama (%11.9)
4. Anne ile ilgili diğer sorunlar (%9.1)
5. Fetal anomaliler(%6.9)
6. Çoğul gebelik (%6.3)
7. Geçirilmiş sezaryen (%5)
8. Makat prezantasyonu. (%4.3)
9. Annenin tercihi (%3.4)
10. Uzamış doğum eylemi (% 2)
11. Diğer nedenler (%3.1) (çoğul gebelik, fetal hastalıklar, maternal sebepler, jinekolojik kanser) (4,25,43,45).

#### **2.4.3. Sezaryen doğumun kontrendikasyonları**

Sezaryenin majör kontrendikasyonu gerçek bir endikasyonun yokluğudur. Karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, ölü fetus, eklampsi krizi, yeterli olanakların ve asistansın bulunmaması, kontrendikasyon olarak öne sürülmüştür. Bu durumda vakaya göre yarar ve zararları çok iyi karşılaştırıldıktan sonra doğum şekline karar verilmelidir (69-71).

#### **2.4.4. Sezaryen doğumun komplikasyonları**

Elektif sezaryen ile doğum, gebeyi epizyotomiden, uzamış ve ağırlı doğum sürecinden, müdahaleli vajinal doğumdan kurtarır, pelvik dokuların, anal ve üretral sfinkterin hasar görmesini, ileri dönemlerde prolapsusu ve inkontinansı önleyebilir

Schindl ve ark.'nın (72) yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre; elektif sezaryen ile doğum yapan kadınlarda doğumun psikolojik toleransının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna rağmen sezaryen ile doğum majör cerrahi uygulamadır ve vajinal yolla doğumlara oranla bazı komplikasyonlar daha sık ve daha yoğun olarak yaşanabilmektedir. Oluşan komplikasyonlar hastanede yatış süresini uzatmakta, maliyeti yükseltmekte ve iş gücü kaybına neden olmaktadır.

Sezaryen ile doğumun komplikasyonlarını, anne ve fetüse ait komplikasyonlar olarak iki grup altında toplayabiliriz. Bunlar (35,73,74);

### **1. Anne ait komplikasyonlar**

- Annenin mesanesine travma,
- Annenin bağırsağına travma,
- Uterin arter kesisi,
- Serviks ya da vajen kesisi,
- Uterin rüptür,
- Uterin atoni,
- Plasentanın ayrılma yerinden kanama,
- Endometrit ( %20- 40 oranında en sık görülen komplikasyondur.),
- Geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi pelvik organ yapışıklıkları,
- Yara enfeksiyonu,
- Yarada hematoma,
- Septik pelvik tromboflebit,
- Pulmoner emboli gibi tromboembolik durumlar,
- Şiddetli sepsis,
- Pıhtılaşma bozuklukları,
- Anestezi komplikasyonlarıdır.

### **2. Fetus ve yenidoğana ait komplikasyonlar**

- Uterusa yapılan insizyon esnasında yaralanma,
- İlk birkaç gün içinde solunum sıkıntısı,
- Respiratuar distres sendromudur (RDS).

Sezaryenle doğumda oluşan bu komplikasyonlar ender olsa da, vajinal doğumun sağlıklı bir anne için daha güvenli olduğu öne sürülmektedir (73,74).

Parilla ve ark. (75) çalışmalarında 37. gebelik haftasından sonraki vaginal doğumlarda, yenidoğanın geçici takipnesi veya respiratuar distres sendromunun görülme oranının 5.3/1000, travayda olmayan ( 37-39. haftalar) sezaryenlerde bu oranın 35,5/1000, travayda yapılan sezaryenlerde bu oranın 12.2/1000 olduğunu saptamışlardır. Sezaryen operasyonu esnasında, dikkatsiz yapılan diseksiyon, derin uterin insizyon, fetüste özellikle yüzde yanak bölgesinde laserasyonlara neden olabilmektedir. Bu komplikasyonların tüm sezaryenlerin %0,2-1'inde görüldüğü saptanmıştır (4,45).

Sezaryen ile doğum, başarılı emzirmenin olabilmesi için gerekli adımların gerçekleşmesinde engeller oluşturmaktadır. Komplikasyonlar kadar önemli olan bu sorunun kökeninde anne ve bebeğin doğum sonrası bir araya geliş sürelerinin gecikmesi yatmaktadır. Başarılı bir emzirmenin gerçekleşmesi için anne ve bebeğin doğumun hemen sonrasında tensel temasının sağlanması ve doğumu takiben ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılması önerilmektedir. Ancak annelerin bebekleri ile buluşması sezaryen ile doğumlarda vajinal doğumlara göre daha geç olmaktadır (76).

#### **2.4.5. Sezaryen doğumun yararları ve riskleri**

Sezaryenle doğum mutlaka anne, bebek ve baba üçgenini içeren bir yaklaşım gerektirmektedir. Yıldız'ın (77) araştırmasında annelerin postoperatif dönemde en çok ağrı, yeterli hareket edememe ve gaz gibi fiziksel sorunlardan yakındıkları, anne ve babanın sağlık düzeylerine, yapılan ameliyata ve hastaneden çıktıktan sonraki döneme ilişkin olarak bilgi ihtiyacı içinde oldukları belirlenmiştir. Bebeklerin ise fiziksel yönden sezaryenle doğumdan olumsuz olarak etkilenmedikleri, bebeklerin anne yanına verilmiş ve ilk beslenme zamanının sezaryenle doğum nedeniyle uzadığı ve bu doğum şeklinin ebeveynler tarafından vajinal doğumun yanında alternatif bir doğum olarak kabul edildiği saptanmıştır (77).

Sezaryen ile doğum, anne sağlığı üzerinde enfeksiyon, kanama, transfüzyon, diğer organların hasarı, anestezi komplikasyonları, psikolojik komplikasyonlar gibi tıbbi risklere yol açıp, vajinal doğuma göre dört kat daha fazla anne ölümüne neden olmaktadır (78). Ayrıca vajinal doğuma kıyasla daha fazla kanama olmaktadır. Normal vajinal doğumda ortalama 500 cc kan kaybı olurken sezaryende 1000 cc kadar kayıp olmaktadır (35). Sezaryen ameliyatlarından sonra en sık görülen ölüm sebepleri

arasında; akciğer embolisi, kanama, anestezi komplikasyonları, enfeksiyon sayılmaktadır (79).

Sezaryende en önemli riskler doğum sonu dönemde ortaya çıkmaktadır. Bunlardan en önemlileri anestezi komplikasyonları, pıhtılaşma bozuklukları, yara enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonları, çok az hastada da mide ve barsak problemleri oluşturmaktadır. Pıhtılaşma bozukluğu sezaryende vajinal doğuma göre 3-5 kat daha fazla görülmektedir (80).

Sezaryen doğum yapan kadınların erken dönemde fiziksel ve psikososyal sorunları oldukça yaygındır. Güngör ve ark. (81) araştırmasında sezaryen sonrası en sık yaşanan fiziksel sorunlar sırasıyla; bebeğin bakımını üstlenmede güçlük, aktivite intoleransı, kendi bakımını sürdürmede güçlük, yorgunluk, uykusuzluk, emzirmede güçlük, karında gerginlik ve gaz, entübasyona bağlı boğazda tahriş ve meme problemleridir. Psikososyal sorunlar arasında en yaygın olanlar, bebeğini görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık, bebeğine bağlanmada güçlük, üzüme ve suçluluk duyma, beden imajında bozulma, evde rollerini sürdürememe endişesidir.

Sezaryenle doğum ayrıca anne ile yenidoğan arasındaki etkileşimi geciktirmekte, emzirme ve aile bağlarının sağlanmasında sorunlara neden olabilmektedir. Sezaryenle doğan bebeklerin gastrointestinal sistemi, ilk olarak sağlık personelinden, entübasyon ya da diğer girişimsel işlemlerden ve hastane florasından kaynaklanan organizmalarla karşılaşmaktadır. (82).

Işık'ın (83) çalışmasında vajinal yoldan ve sezaryen ile doğum yapmış anneler arasında, bebeklerine dokunma sıklığı ve süresi bakımından önemli bir fark saptanmıştır; sezaryen uygulanan anneler bebeklerine bitkinlik ve rahatsızlık hissi nedeni ile belirgin derecede daha az dokunmuşlardır. Buna ek olarak bebeğin babasının odada varlığı da sezaryenli gruptaki annelerin bebeğe dokunma sıklık ve süresinin azalmasında önemli bir etki yapmıştır. Vajinal doğum yapan annelerin grubunda ise böyle bir etki saptanmamıştır.

Sezaryenle doğum yapmış kadınların yaşam kaliteleri incelendiğinde, yaş, eğitim durumu, cinsel yaşamın etkilenme durumu gibi değişkenlerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarını etkilemediği, buna karşın 30 ve üzeri yaş, eğitim düzeyinin artışı, gebelik sayısında azalma gibi durumların yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu



saptanmıştır. Sonuç olarak sezaryen ameliyatının annelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (84).

Prezentasyon bozukluklarında anne ve fetus doğum distosisine karşı önemli bir risk oluşturmaktadır. Böyle bir durumda sezaryenin anne ve fetüse faydalı olacağını göstermektedir (80).

## **2.4.6. Sezaryende bakım**

### **2.4.6.1. Sezaryende preoperatif bakım**

Sezaryen ile doğum yapacak gebe operasyon öncesi değerlendirilmeli, hematokriti görülmeli, ultrasonu yapılmalı, 8 saat öncesinden oral beslenme kesilmelidir. Aktif kanama, preeklampsi, Hellp sendromu, koagülopati durumlarında kan grubu tayini yapılmalı ve 2 ünite eritrosit süspansiyonu hazır olmalıdır. Operasyon başlamadan %5 dekstroz veya ringer laktat infüzyonu yapılmalı, mesaneye foley kateter yerleştirilmeli veya operasyonda mesane boş olmalıdır (85).

Radyolojik tetkikler: CPD, fetal anomalilerin tanınmasında, özellikle ultrason ile pozisyon, büyüklük, plesanta lokalizasyonu belirlenmesi önemlidir (82).

Sezaryen kararı planlı ya da acil olarak alınabilir. Her iki durumda da annenin ve ailenin sezaryene ilişkin bilgi ve duyguları araştırılmalı ve gerekli açıklamalar yapılmalıdır ve ameliyat için aile ve anneden izin alınmalıdır (86). Elektif vakalarda beklenmeli ancak travay geciktirilmemelidir (87,88).

- Karın ve pubis bölgesi traş edilmelidir.
- Üst solunum yolları enfeksiyonları, anemi, elektrolit imbalansı düzeltilmelidir, mekanik ve antiseptik temizlik yapılmalıdır. Mesaneye sonda takılmalı ve lavman yapılmalıdır.
- Gebenin oral beslenmesi önlenmelidir.
- Hastanın konforu sağlanmalıdır.
- Giysileri ve takıları çıkarılmalıdır.
- Preoperatif medikasyon yapılmalıdır.

### **2.4.6.2. Sezaryende postoperatif bakım**

- Hastaya rahat bir pozisyon verilir.

- Hasta 2 saatte bir hipostatik pnmoni tehlikesine karşı pozisyonu değiştirilir.
- Vital bulguları gözlem altında tutulur.
- En az 8 saatte bir fundus ve loşia kontrolü yapılmalıdır. Bunun yanında 1.gün operasyon sonrası drenajı sağlamak için serviksin dilatasyonu gereklidir. Bu işlem operasyon sonrası vajinal kanama olmazsa yapılır. Yapılmazsa loşia içeride birikir ve şiddetli kanama, uterin disfonksiyon ve tehlikeli enfeksiyonlara yol açabilir.
- Kanama ve karın pansumanı izlenir.
- Hasta operasyon sonrası ilk 24-72 saat IV beslenir, bulantı geçtikten ve barsak fonksiyonları normale döndükten sonra ağızdan beslenebilir.
- Operasyon sonrası 12 saat içinde hasta mobilize olmalıdır. Böylece mesane dilatasyonu, tromboemboli, akciğer embolisi önlenir.
- Hasta ekstremitelerini sık hareket ettirmeli, derin soluk alıp vermeli, sağına soluna dönmeli, gerekirse ekstremitelerine masaj yapılmalıdır.
- İlk 24 saatte ağrı hissetmemesi için yeterince ve etkili analjezikler uygulanmalıdır.
- Hasta derin soluk alıp vermeye ve öksürmeye teşvik edilmelidir.
- Kan kaybı yakından gözlenmeli ve anemi mutlaka transfüzyon ile giderilmelidir.
- Post-op ikinci gün barsak atonisi sık görölür. Bunun için kan elektrolitleri tayin edilir ve özellikle hipopotasemi giderilir. Rektal tüp konması ve erken ambulasyon distansiyonu çözer. Barsak peristaltizmi tam başlayınca lavman veya rektal supozitivar uygulaması yapılır.
- Hasta post-op ilk dakikalardan itibaren bebeğini emzirmeyi denemeli, meme temizliği özenle yapılmalıdır (87,89).

#### **2.4.7. Sezaryen ile doğum yapan hastaya yaklaşım**

Çoğu kadın doğuma geldiğinde vajinal doğumu beklemekte fakat bazı nedenlerden dolayı sezaryenle doğum yapmaktadır. Annelik rolüne uyum sağlamada kadına yardım edilmesi, postpartum dönemin daha rahat geçirmesini sağlamaktadır. (89).

Sezaryenle doğuma iyi hazırlanmış olan hastaların, çok az bilgi verilen hastalara oranla, anesteziyi daha iyi tolere ettikleri, ameliyat sonrası hastanede kalma sürelerinin

kısaldığı ve komplikasyon görülme sıklığında azalma olduğu saptanmıştır. Bu nedenlerden dolayı ameliyat öncesi dönemde hastanın bilmek istediği ve bilmesi gereken konular hakkında gerekli bilgiler verilerek endişe ve korkuları azaltılmalıdır. Verilen bilgiler hastanın anlayabileceği bir dilde olmalı ve babanın da katılımı sağlanmalıdır. Preoperatif dönemde annede görülen küçük üzüntülerin postoperatif dönemde büyük kaygılar doğurabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (89-91).

#### **2.4.8. Sezaryen oranlarının azaltılması**

Sezaryen oranlarının son 20 yılda ciddi bir artış göstermesi, maternal-fetal morbidite ve mortalitede ve maliyette yükselmeye neden olmaktadır. Sezaryene karar verilirken endikasyonlar, hastaların eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri, alternatif metodların yarar ve zararları, maliyet, hekimin tecrübesi, kısa ve uzun dönemli komplikasyon oranları, pre-op ve post-op yaşam kalitesi değerlendirilmesi göz önünde bulundurulur (45).

Gamble ve Creedy'nin (11) 2000 yılında yaptıkları bir literatür değerlendirmesinde, sezaryen isteğinin daha önceki komplikasyonlu bir doğum veya mevcut gebeliğin riskli olduğu durumlarda görüldüğü, eğer bu faktörler yoksa %1'in altında maternal isteğin olduğunu belirtmişlerdir.

Sezaryen oranlarının artmasında en önemli faktörlerden biriside; hekimlerin komplikasyonlardan ve adli olgulardan kaçınmak için sezaryeni tercih etmeleridir. Günümüzde doğum sonu komplikasyonlara karşı tepkilerin artması, hekimin doğru karar almasını da zorlaştırmaktadır. Sosyoekonomik düzey ve kültürel yapı verilen tepkileri etkilemekte ve buda sezaryen oranlarını dahada yükseltmektedir.

Ülkemizde de sezaryen oranlarını belirleyen hastaneler Doğumevleri, Üniversite Hastaneleri ve Devlet Hastaneleridir, Özel Hastaneler bu oranın küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Üniversite Hastanelerinde sezaryen oranları %70'lere ulaşmıştır. Vajinal doğumun sezaryene üstünlüğü bilinip savunulduğu halde etkili bir sağlık politikası henüz oluşturulamadığından dolayı 1980'li yıllardan önce doktorlara neden sezaryen yaptığı sorulurken, günümüzde anne ve bebek ile ilgili en ufak problemde dahi neden sezaryen yapılmadığı sorgulanır hale gelmiştir (48).

Öncelikle ülke genelinde hastaları sezaryene iten nedenler tespit edilip bunların üzerine gidilmelidir. Sezaryen tercih eden anneler çoğunlukla kendilerini ve

bebeklerinin güvenliği konusunda endişe etmektedir. Bunun en büyük nedeni ise DÖB'da annelerin yeterli bilgilendirmemeleri veya DÖB almalarına rağmen bakımın içeriğinin yeterli olmamasıdır. Hastaların seçiminde en önemli sebeplerden birisinin bilgilendirmenin azlığı veya yetersizliği olduğu bilinerek gebeliğin başlangıcından itibaren ebe ve hekim tarafından tüm doğum şekillerinin avantaj ve dezavantajları hastanın anlayabileceği bir şekilde anlatılmalıdır (45,92).

Bir kez sezaryen ile doğum yapanların uterustaki skar yerinde rüptür riskini artırdığı gerekçesiyle daha sonraki gebeliklerinde de sezaryenle doğurtulmaları alışkanlığı yaygındır. Oysa son zamanlarda yapılan klinik uygulamalar, eski seksiyoluların %60-80'inin vajinal doğum yapabileceğini ortaya koymuştur (93,94).

## **2.5.Sezaryen sonrası normal doğum**

Son yıllarda sezaryen doğumların oranı giderek yükselmektedir. Sezaryen operasyonlarının en sık sebeplerinden biri önceki sezaryen sonrası yapılan elektif sezaryen olmaktadır. Bu durum, 1916'da Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımının aksi yöndeki tüm çalışmalara rağmen değiştirilememesi sonucunda ortaya çıkmıştır (62).

Seksenli yıllardan itibaren yapılan birçok çalışmada sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) güvenli olduğu ortaya konmuştur fakat bunun için gerekli bazı şartlar vardır; (95-100).

- Klinik, akut doğumsal bir acilde en kısa sürede (30 dakika içinde) sezaryen yapma kapasitesi ile gereksinime yanıt verebilir olması,
- Daha önce bir veya iki kez alt segment transvers kesi ile sezaryen,
- Klinik olarak uygun pelvis,
- Başka uterin skar bulunmaması,
- Uterin anomali olmaması,
- Hastanın bilgisi dahilinde olması ve vajinal doğumu kabul etmesi gerekmektedir.

Akçay ve ark. (101) yaptığı çalışmada SSVD grubundaki Vajinal doğum denenen hastalarda başarı oranını %84.21 bulmuştur.

Troyer ve ark. (63) önceki gebeliklerinde sezaryen ile doğum yapmış 264 olguyu incelemişler ve bunların skorlamasını yaparak 192 tanesinde (% 72.7) vajinal doğumun başarılı olarak tamamlandığını göstermişlerdir.

Koyuncu ve ark. (64) yaptığı araştırmada; 2720 eski sezaryenli olgudan 123 tanesi vajinal yoldan (% 4.52), 2597 tanesi (% 95.48) ise yineleyen sezaryen ile doğurtulmuştur. Bu süre içerisindeki hastanede yaptırılan toplam vajinal doğum sayısı 86027'dir ki SSVD oranı bu grubun % 0.14'ünü oluşturmaktadır.

Martins'in (100) çalışmasında eski sezaryen endikasyonu olan 98 hastadan 24 tanesi vaginal olarak doğurtulmuştur.

Ülkemizde SSVD uygulaması rutin olarak uygulanmamaktadır. Uygun olarak seçilen hastalarda SSVD amacıyla travay denemesi uygun ve güvenli bir obstetrik yaklaşım biçimini oluşturacağı ve anne sağlığı koruyup iş gücü kaybı azaltacağı, daha az oranda ameliyathane ve hastane yatağı kullanılacağı, serum, kan ve antibiyotiklerin kullanımında ve sağlık hizmeti sunumunda ekonomi sağlanacağı düşünülmektedir.

## **2.6. Doğum Şekli Tercihinde Ebeğin Rolü**

Gebe kadın ve ailesinin, doğum şekline karar vermelerinde en etkili olan sağlık personelinin birisi de ebelerdir. Ebeler perinatal dönemde gebe kadını ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak doğum şekline karar vermelerine yardımcı olmaktadır.

Gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık karşılaşılan bir durum değildir. Gebenin ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekmektedir. Ayrıca bebeğin doğumu sadece anne üzerinde değil bütün aile fertleri üzerinde etki yapmaktadır. Onların tüm rollerinde, ilişkilerinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. Bu nedenle, yenidoğanın da dahil olduğu bu yeni aile ünitesini bütüncül bir yaklaşımla ele alıp gereksinimlerini değerlendirmelidir.

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. Profesyonel ebe, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştıracaktır.

Sağlık ekibi içinde ebeler en önemli sağlık eğitimcileridir. Ebeler gebe kadınları ve ailelerini yeterli ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmelidir.

Ebeler gebe kadınları gebeliği süresince yakından değerlendirirken bilgi gereksinimlerini de göz önünde bulundurmalarıdır. Kadınların doğum şekilleri konusunda ne tür bilgilere sahip olduğunu, eksik ve yanlış olan bilgilerini belirleyerek bunlara ilişkin eğitim planlamalıdır. Tüm seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerini kadınla tartışmalı, kadının kendisi için uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmalıdır. Şayet herhangi bir riskli durum varsa ve gebe kadının tercihi dışında bir yöntem uygulanacaksa bu konuda kadını bilgilendirmeli, nedenlerini uygun bir şekilde ifade edebilmelidirler. Kadının doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini paylaşabilmeli, duygularını ifade edebileceği ortamlar yaratabilmelidirler. Doğum eylemi sırasında da kadının yanında bulunmalı, ihtiyacı olan bakımları vermeli, eylemle baş etmedeki başarı ile ilgili olumlu geribildirimler vererek kadını cesaretlendirmeli, eyleme aktif katılımını sağlayarak kendine olan güvenini artırmalı, uygulanacak her işlemde önce bilgi vermelidirler. Eylemin fizyolojisi ve patolojileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı, böylece eylemde normalden sapan durumları en kısa sürede belirleyerek ekiple paylaşabilmeli ve uygun girişimlerde bulunabilmelidirler.

Perinatal dönemin sonunda sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olabilmek için etkili ebeler bakım hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu hizmetler ise geniş ölçüde eğitim, destek ve danışmanlık hizmetlerini içerir. Ebelerin bu alanlarda bilgili ve donanımlı olmaları dar anlamda kadın sağlığının, geniş anlamda ise aile sağlığının yükseltilmesi açısından önemlidir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma kadınların sezaryen ve normal doğum yapma tercih nedenlerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma kadınların sezaryen ve normal doğum yapma tercih nedenlerini ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma, Mersin ili merkezde, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yapılmıştır.

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi 24 yataklı olup, 2 profesör, 4 doçent, 1 yardımcı doçent ve 13 araştırma görevlisi ve 3 ebe, 11 hemşire ile hizmet vermektedir. Kadın hastalıkları ve doğum servisinde 8.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya uygulanmaktadır. Hafta içi 8:00-17:00 saatlerinde bir servis sorumlu hemşiresi, gündüz ve gece vardiyalarda 3 ebe/ hemşire olacak şekilde çalışmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Çalışmanın evrenini; Mayıs 2008- Mayıs 2009 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde 437 sezaryen(%48,4) ve 466 normal vajinal doğum (%51,6) yapan 903 anne oluşturmuştur.

#### **3.5. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini hesaplamada MedCalc v.10.1.6 paket programı kullanılmıştır. Bu hesaplamaya ile %80 güç ( $\beta=0,20$ ) ve %5 I. Tip hata ( $\alpha=0,05$ ) olmak üzere çalışmada gereken minimum örneklem genişliği 48 normal doğum ve 48 sezaryen doğum olmak üzere toplam 96 anne olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklemini 1 Haziran –1 Ağustos 2009 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde doğum yapan anneler oluşturmuştur. Bu annelerin toplam sayısı 134'tür. Bunlardan 55 anne normal vajinal doğum (%41) ve 79 anne sezaryenle doğum (%59) yapmıştır. Bu kadınlardan 25 tanesi erken doğum nedeniyle bebeklerin yoğun bakımda olması veya ölü doğum gibi nedenlerden dolayı araştırmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 50 normal vajinal doğum (%45,8) ve 59 sezaryenle doğum (%54,2) yapan toplam 109 kadın örnekleme dahil edilmiştir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

#### **3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması**

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formu toplam 29 sorudan oluşmuştur. Kullanılan veri toplama formunda; 1-10. sorular kadınların sosyodemografik ve sağlık özelliklerini, 11-20. sorular DÖB alma durumları, şimdiki ve önceki doğum, doğum sonu genel sağlık ve eğitim alma durumlarını, 21-29. sorular doğum şekli tercih nedenlerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır (Ek1.Anket).

#### **3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması**

Anket formunun, amaca uygunluğunu belirlemek için Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde doğum yapan 10 kadına 1 Haziran 2009 tarihinden önce uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda anlaşılmayan sorularda gerekli değişiklik yapılmıştır. Ön uygulamada yapılan anketler çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### **3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi**

Araştırma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığından ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından yazılı izin alınarak 1 Haziran-1 Ağustos 2009 tarihleri arasında doğum yapan kadınlar üzerinde yapılmıştır. Belirtilen tarihlerde toplam 134 kadın doğum yapmış olup bunlardan 109'u araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir.



Anket öncesi annelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onayları alınmıştır. Anket formu annelerle yüz yüze görüşülerek, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde kadın hastalıkları ve doğum servisinde araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Elde edilen veriler annelerin sezaryen doğum ve normal doğum yapma tercihinine göre iki grupta toplanmıştır.

Araştırmanın verileri, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.11,5 ve Minitab v.13.0 paket programlarında değerlendirilmiştir. Çapraz tablolarda ilişki durumunun incelenmesi amacı ile Ki-kare test istatistiğinden yararlanılmıştır. Anlamli ilişki bulunan tabloların detaylı incelenmesi amacı ile iki oran testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-wilk testi ile incelenmiş ve test sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir. Bu nedenle karşılaştırmalarda parametrik yöntem tercih edilmiştir.

İstatistik analizleri %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p \leq 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırma anketinde yer alan sosyodemografik özellikler tanımlanmış, normal doğum ve sezaryen doğum ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin veriler toplanmıştır. Normal doğum ve sezaryen doğum ile ilgili bilgiler sonuç değişkeni olarak değerlendirilmiştir.

### 3.8. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	Şubat Mart 2009	Nisan Mayıs 2009	Haziran Temmuz 2009	Ağustos Eylül 2009	Ekim Kasım 2009
Planlama, izinler	-----	-----			
Anket hazırlama	-----				
Literatür taranması	-----	-----	-----	-----	
Verilerin toplanması			-----		
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol				-----	
İstatistiksel analiz				-----	-----
Tez yazımı					-----

### 3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

- Araştırmanın 1 Haziran -1 Ağustos 2009 tarihleri arasında olması ile
- Kadının araştırmaya katılmayı kabul etmiş olması ile
- Sadece 20. gebelik haftasından sonraki kadınların araştırmaya dahil edilmiş olması ile sınırlıdır.

### 3.10. Araştırmanın Giderleri

Araştırmanın bütün masrafları araştırmacının kendisi tarafından karşılanmıştır.

## 4.BULGULAR

**Çizelge4. 1:** Doğum Yapan Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Verileri (n=109)

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>							
19 yaş ve altı	4	8	2	3,3	6	5,5	0.232
20–35 yaş arası	43	86	45	76.3	88	80.7	
35 yaş ve üstü	3	6	12	20.4	15	13.8	
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur-yazar değil	4	8.0	4	6.8	8	7.3	0.903
İlköğretim	23	46.0	29	49.2	52	47.7	
Lise	11	22.0	10	16.9	21	19.3	
Üniversite ve üstü	12	24.0	16	27.1	28	25.7	
<b>Meslek</b>							
Ev hanımı	37	74.0	41	69.5	78	71.6	0.496
Memur	8	16.0	13	22.0	21	19.3	
İşçi	3	6.0	1	1.7	4	3.7	
Diğer	2	4.0	4	6.8	6	5.5	
<b>Eşinin mesleği</b>							
Serbest	20	40.0	29	49.2	49	45.0	0.263
Memur	5	10.0	11	18.6	16	14.7	
İşçi	19	38.0	15	25.4	34	31.2	
Emekli	2	4.0	0	0.0	2	1.8	
İşsiz	1	2.0	1	1.7	2	1.8	
Diğer	3	6.0	3	5.1	6	5.5	
<b>Aile tipi</b>							
Çekirdek aile	39	78.0	50	84.7	89	81.7	0.365
Geniş aile	11	22.0	9	15.3	20	18.3	
<b>Aylık gelir</b>							
Gelir giderden az	18	35.5	22	37.9	40	37.7	0.802
Gelir gider aynı	26	54.2	29	50.0	55	51.9	
Gelir giderden fazla	4	8.3	7	12.1	11	10.4	
<b>Sosyal güvence</b>							
Var	47	94.0	53	89.8	100	91.7	0.425
Yok	3	6.0	6	10.2	9	8.3	
<b>Toplam</b>	50	100	59	100	109	100	

\*Kadınlarda 3 tanesi aylık gelir durumuna yanıt vermemiştir.

Çizelge 1’de araştırma kapsamına alınan annelerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Normal doğum yapan annelerin %8’i 19 yaş ve altı, %86’sı 20–35 yaş arası, %6’sı ise 35 yaş ve üzerindedir. Sezaryenle doğum yapan annelerin %3.3’ü 20 yaş ve altı, %76.3’ü 20–35 yaş arası, %20.4’ü 35 yaş ve üzerindedir. Annenin yaş durumu ile doğum tercihi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,232$ ).

Normal doğum yapanların %8’i okur-yazar değil, %46’sı ilköğretim, %22’si lise ve %24’ü üniversite ve üzeri mezundur. Sezaryenle doğum yapan annelerin ise %8’i okur-yazar değil, %49.2’si ilköğretim, %16.9’u lise ve %27.1’i üniversite ve üzeri mezundur. Annenin eğitim durumu ile doğum tercihi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,903$ ).

Normal doğum yapanların %74’ü ev hanımı iken, %26’sı çalışmaktadır. Sezaryenle doğum yapanların %69.5’i ev hanımı iken %30.5’i çalışmaktadır. Her iki gruptaki annelerin büyük bir kısmı ev hanımıdır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,496$ ). Annelerin çalışma durumu doğum tercihini etkilememektedir.

Eşlerinin çalışma durumları incelendiğinde ise; normal doğum yapan annelerin eşlerinin %40.0’i serbest, %10.0’u memur, %38.0’i işçi, %4.0’ü emekli, % 2.0’si işsiz ve %6.0’sı diğer bir işte çalışmaktadır. Sezaryen doğum yapan annelerin eşlerinin %49.2’si serbest, %18.6’sı memur, %25,’i işçi, %1.7’i işsiz ve %5.1’i diğer bir işte çalışmaktadır. Eşin mesleği ile kadının doğum tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0.263$ ).

Normal doğum yapan kadınların %78’i çekirdek aileye, %22’si ise geniş aileye sahiptirler. Sezaryenle doğum yapan annelerde ise %84.7’si çekirdek ailede, %15.3’ü ise geniş ailede yaşamaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,365$ ). Aile tipinin çekirdek veya geniş aile olması kadının doğum tercihini etkilememektedir.

Normal doğum yapan annelerin %35.5’inin aylık geliri giderden az, %54.2’sinin gelir gider durumu aynı ve %8.3’ünün gelir durumu giderinden fazladır. Sezaryen doğum yapan annelerin ise %37.9’unun geliri giderden az, %50.0’sinin geliri gideri ile aynı ve %12.2’sinin geliri giderinden fazladır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak

anlamli değildir ( $p=0.802$ ). Aylık gelirin az veya fazla olması kadının doğum tercihini etkilememektedir.

Normal doğum yapan kadınların %94'ünün, sezaryenle doğum yapanların %89.8'inin sosyal güvencesi vardır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p=0.425$ ). Kadının sosyal güvencesinin olup olmaması doğum tercihini etkilememektedir.

**Çizelge 4.2:** Annelerin Yaş Ortalamasına İlişkin Verileri

<b>Yaş</b>	<b>Sayı</b>	<b>Ortalama± SS</b>	<b>Dağılım aralığı</b>	<b>p</b>
Normal doğum	50	27.7±5.1	19-38	0.058
Sezaryen doğum	59	29.7±5.5	18-46	

Çalışmaya katılan kadınlardan normal doğum yapanların yaş ortalaması 27.7 ve standart sapması 5.1'dir. Sezaryen ile doğum yapan kadınların ise yaş ortalaması 29.7 ve standart sapması 5.5'tir. Annelerin yaşı ile doğum tercihi arasında anlamli bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0.058$ ) ( Çizelge 4.2).

**Çizelge 4.3:** Annelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Verileri

	Normal doğum		Sezaryen		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelik durumu</b>							
Primipar	21	42.0	20	33.9	41	37.6	0.158
Multipar	29	58.0	39	66.1	68	62.4	
<b>Gebelik öncesi dönemde saptanmış sağlık problemi varlığı</b>							
Evet	11	22.0	19	32.2	30	27.5	0.235
Hayır	39	78.0	40	67.8	79	72.5	
<b>Gebelik öncesi dönemde sağlık problemi durumu</b>							
Kalp hastalığı	2	28.4	7	41.1	9	37.5	
Böbrek hastalığı	1	14.2	0	0	1	4.2	
Tiroid hastalıkları	3	43.2	3	17.8	6	25	
Diğer	1	14.2	7	41.1	8	33.3	
<b>Gebelik döneminde sağlık problemi durumu</b>							
Evet	4	8	2	3.4	6	5.5	0.528
Hayır	46	92	57	96.6	103	94.5	
<b>Gebelik döneminde sağlık problemleri</b>							
Hipertansiyon	2	50	0	0	2	33,3	
Diyabet(DM)	2	50	2	100	4	66,7	
<b>İnfertilite tedavisi görme durumu</b>							
Evet	1	2.0	7	11.9	8	7.3	0.036
Hayır	49	98.0	52	88.1	101	92.7	
<b>Toplam</b>	50	100	59	100	109	100	

Çizelge 3'te annelerin sağlık durumlarına ilişkin verileri bulunmaktadır. Normal doğum yapan kadınların %42'si primipar, %58'i multipardır. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise %33.9'u primiparken, %66.1'i multipardır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.158). Kadınların multipar veya primipar olmaları doğum tercihini etkilememektedir.

Normal doğum yapan annelerin %22'sinde, sezaryenle doğum yapan annelerin ise %32.2'sinde gebelik öncesi dönemde saptanmış sağlık problemi bulunmaktadır. Normal ve sezaryenle doğum yapmış anneler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.235). Gebelik öncesi dönemde saptanmış sağlık problemi doğum şeklini etkilememektedir.

Gebelik öncesi saptanmış sağlık problemi varlığının dağılımına baktığımızda; normal doğum yapan annelerde %43.2 ile tiroid hastalıkları ilk sırada, %28.4 ile kalp hastalıkları ikinci sırada ve %14.2 ile böbrek hastalıkları ve diğer hastalıklar son sırada yer almaktadır. Sezaryenle doğum yapan annelere baktığımız zaman; kalp hastalıkları ve diğer hastalıklar %41.1 ile ilk sırayı alırken, tiroid hastalıkları %17.8 ile ikinci sıradadır. Böbrek hastalıkları ise gözlenmemiştir.

Normal doğum yapan annelerin %8'inde, sezaryenle doğum yapan annelerin ise %3.4'ünde gebelik döneminde saptanmış bir sağlık problemi bulunmaktadır. Normal ve sezaryenle doğum yapmış anneler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.528$ ). Gebelik döneminde saptanmış sağlık problemi doğum şeklini etkilememektedir.

Gebelik döneminde saptanan sağlık probleminde normal doğum yapan kadınlarda hipertansiyon ve gestasyonel diyabet eşit dağılım gösterirken, sezaryen ile doğum yapan kadınların tamamı gestasyonel diyabettir. Hipertansiyon bu kadınlarda gözlenmemiştir.

Normal doğum yapan kadınların %2'si, sezaryenle doğum yapan kadınların ise %11.9'u infertilite tedavisi görmüştür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.036$ ). Kadınların infertilite tedavisi görmesi sezaryenle doğum oranını artırmıştır.

**Çizelge 4.4:** Önceki Doğum Eylemine İlişkin Özelliklere Göre Doğum Tercihi

	Normal doğum		Sezaryen		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Önceki doğum</b>							
Normal	28	100.0	11	32.4	39	62.9	0.001
Sezeryan	0	0.0	23	67.6	23	37.1	
<b>Olumsuz deneyim</b>							
Evet	3	10.7	7	20.6	10	16.1	0.293
Hayır	25	89.3	27	79.4	52	83.9	
<b>Toplam</b>	28	100	34	100	62	100	

Çizelge 4’te önceki doğum eylemine ilişkin özelliklere göre doğum tercihi özellikleri yer almaktadır. Normal doğum yapan kadınlarının hepsinin bir önceki doğumu da normal doğumdur. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise %32.4’ünün bir önceki doğumu normal doğum iken %67.6’sının bir önceki doğumu da sezaryen doğum ile sonuçlanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001). Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli şimdiki gebeliğin sonlanma şeklini etkilemiştir.

Normal doğum yapan kadınların %89.3’ü, sezaryenle doğum yapan kadınların ise %79.4’ü bir önceki doğumunda olumsuz deneyim yaşamamışlardır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.293). Olumsuz deneyim yaşama şu andaki gebeliğin sonlanma şeklini etkilememiştir.



**Çizelge 4. 5:** Son Gebeliğine İlişkin İzlem ve Bakım Özellikleri

	Normal doğum		Sezaryen		Toplam		p değeri	
	n	%	n	%	n	%		
<b>Gebelikte izlem durumu</b>								
Evet	48	96.0	58	98.3	106	97.2	0.462	
Hayır	2	4.0	1	1.7	3	2.8		
<b>İzlemin yapıldığı yer</b>								
Hastane	47	97.9	57	98.2	104	98.1	0.561	
Sağlık ocağı	1	2.1	1	1.8	2	1.9		
<b>Toplam İzlem sayısı</b>								
Her ay düzenli	44	88.0	52	88.1	96	88.1	0.381	
1-2 kez	4	8.0	2	3.4	6	5.5		
3-4 kez	2	4.0	5	8.5	7	6.4		
<b>İzlemi ve eğitimi yapan kişi</b>								
Ebe	1	2.0	3	5.1	4	3.7	0.678	
Hemşire	1	2.0	1	1.7	2	1.8		
Doktor	48	96.0	55	93.2	103	94.5		
<b>Toplam</b>	50	100	59	100	109	100		
<b>Doğum şekline yönelik eğitim alma durumu</b>								
Evet	24	49.0	27	48.2	51	48.6	0.938	
Hayır	25	51.0	29	51.8	54	51.4		
<b>Gebeliğe yönelik eğitim alma durumu</b>								
Evet	12	24,5	14	24,6	26	24,5	0.993	
Hayır	37	75,5	43	75,4	80	75,5		
<b>Eğitim verilen konuların dağılımı</b>								
Beslenme	6	33.3	2	25	8	30.7		
Bebek beslenmesi	0	0	1	12.5	1	3.8		
Egzersizler	2	11.1	1	12.5	3	11.5		
Aşılar	5	27.7	2	25	7	26.9		
DÖB	2	11.1	2	25	4	15.3		
Tüp bebek	2	11.1	0	0	2	7.7		
Talasemi	1	5.5	0	0	1	3.8		
<b>Toplam</b>	18	100	8	100	26	100		
<b>Doğum şekline karar veren kişi</b>								
Doktor	26	52.0	45	77.5	71	65.7		0.001
Kendisi	24	48.0	13	22.5	37	33.3		
<b>Toplam</b>	50	100	58	100	108	100		

\*1 ebe sezaryen doğuma karar verdiği için değerlendirmeye alınmamıştır.

Çizelge 5'te annelerin son gebeliğine ilişkin izlem ve bakım özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Normal doğum yapan kadınların %96'sı sezaryen doğum yapan kadınların ise %98.3'ü gebeliklerinde kontrole gitmişlerdir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.462).

Normal doğum yapan kadınların %97.9'u sezaryen doğum yapan kadınların ise %98.2'si gebeliklerinde hastanede izlenmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.561).

Gebelikteki izlem sıklığına baktığımız zaman; normal doğum yapanların %88.0'i, sezaryenle doğum yapanların ise %88.1'i her ay düzenli olarak gebelik dönemi takibine gitmişlerdir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.381).

Normal doğum yapan kadınların %96'sı doktor, %2'si ebe ve %2'si hemşire tarafından izlenirken, sezaryen doğum yapan kadınların %93.2'si doktor, %5.1'i ebe %1.7'si hemşire tarafından izlenmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.678). Kadınların gebelik boyunca izlenmeleri ve izleyen kişiler doğum tercihinde etkin olmamaktadır.

Normal doğum yapan kadınların %49'una, sezaryen ile doğum yapan kadınların ise %48.2'sine gebelikleri esnasında sezaryen ve normal doğuma yönelik eğitim verilmiştir Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.938).

Birinci grup kadınların %24.5'ine, ikinci grup kadınlarında %24.6'sına gebeliğe yönelik eğitim verilmiştir. Her iki gurubunda ortalama %75.5'ine gebeliklerine yönelik hiçbir eğitim verilmemiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.993).

Normal doğum yapan kadınların %33.3'üne beslenme, %11.1'ine egzersizler, DÖB ve tüp bebek, %27.7'sine aşılar, %5.5 'ine ise talasemi konularında eğitim verilmiştir. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise %25'ine beslenme, aşılar ve DÖB eğitimi verilirken, %12.5'ine bebek beslenmesi ve egzersizler hakkında eğitim verilmiştir.

Gebeliğin sonuçlanma şekline baktığımız zaman; normal doğum yapan kadınlardan %48'i kendisi, %52'si doktoru, sezaryenle doğum yapan kadınların ise %22.5'ü kendisi, %77.5'ine ise doktoru doğumun nasıl sonlanacağına karar vermiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001).

**Çizelge 4. 6:** Kadınların Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapma Nedenleri

	Normal doğum			Sezaryen	
	n	%		n	%
<b>Normal doğum yapma nedenleri</b>			<b>Sezaryen doğum yapma nedenleri</b>		
Çabuk ayağa kalkabileceğini düşünme	4	8	Eski sezaryen	4	6.7
Daha az riskli olması sağlıklı	33	66	Kendi isteği ile (Ağrıdan kaçınma)	13	22.4
Doktor isteği	4	8	Fetal Pozisyon anomalisi	17	28.8
Annenin ve bebeğin bir sağlık probleminin olmaması	2	4	EMR	1	1.7
Sezaryenden daha kolay olması	3	6	Fetal distres	5	8.4
Güvenli olması	1	2	Preeklampsi	3	5
Diğer	2	4	Postterm gebelik	2	3.3
			Kıymetli bebek	8	13.7
			Kalp hastalığı	3	5
			Uterin operasyon	2	3.3
			Mide kanaması	1	1.7
<b>Toplam</b>	50	100		59	100

Çizelge 6 da kadınların normal doğum ve sezaryen doğum nedenlerine ilişkin veriler yer almaktadır. Kadınların normal doğum ve sezaryen doğum yapma nedenlerine baktığımız zaman; normal doğum yapan kadınların; %8' çabuk ayağa kalkmak ve doktor isteği, %66'sı sezaryenden daha az riskli ve sağlıklı olduğunu düşündüğü, %6'sı sezaryenden daha kolay olduğu, %2'si güvenli bulunduğu ve %4'ü sağlık problemi olmadığı ve diğer nedenlerden normal doğumu tercih etmiştir.

Sezaryenle doğum yapan kadınlarda ise oranlar çeşitlilik göstermektedir. Kadınların %6.7'si ve geçirilmiş sezaryen operasyonu olduğu, %22.4'ü ağrı çekmemek için kendi isteği ile %28.8'inde pozisyon anomalisi bulunduğu, %1.7'sinde EMR ve mide kanaması olduğu, %8.4'ünde fetal distres geliştiği, %5'inde preeklampsi ve kalp hastalığı bulunduğu, %3.3'ünde postterm gebelik ve uterin operasyon mevcut olduğu ve %13.7'sinin kıymetli bebek olduğu için sezaryen operasyonu ile doğum yapmıştır.

**Çizelge 4. 7:** Kadınların Doğum Şekillerine Yönelik Düşünceleri

	Normal doğum		Sezaryen		Toplam		X <sup>2</sup> p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sezaryen doğumdan sonra normal doğum</b>							
Yapılır	18	36.7	10	16.9	28	25.9	0.055
Yapılmaz	7	14.3	14	23.7	21	19.4	
Bilgim yok	24	49.0	35	59.3	59	54.6	
<b>Şimdiki doğum tercihi</b>							
Normal doğum	44	89.8	34	57.6	78	72.2	0.001
Sezaryen	5	10.2	25	42.4	30	27.8	
<b>Bir sonraki doğum şekli tercihi</b>							
Normal doğum	41	83.7	29	51.8	70	66.7	0.001
Sezaryen	8	16.3	27	48.2	35	33.3	
<b>Toplam</b>	50	100		59	109	100	

Çizelge 7’de kadınların doğum şekillerine ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Normal doğum yapan kadınların sezaryen doğumdan sonra normal doğum yapma konusundaki bilgileri %14.3’ü bu uygulamayı yanlış bulurken, %36.7’si doğru olarak değerlendirmekte, %49.0’ı ise bilgi sahibi olmadığını söylemektedir. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise %23.7’si yanlış, %16.9’u doğru olarak değerlendirmekte, %59.3’ü ise bilgisi olmadığını ifade etmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.055). Her iki gruptaki kadınlarında büyük bir kısmının sezaryen doğumda sonra normal doğum yapma konusunda bilgileri yoktur.

Normal doğum yapan kadınların %89.8’i normal doğum isterken, %10.2’si sezaryenle doğum yapmak istemiştir. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise %57.6’sı normal doğum yapmak isterken, %42.4’ü sezaryenle doğum yapmak istemiştir. Gebeliğin sonuçlanma şekli ile doğum tercihleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.001).

İlk gruptaki kadınların %83.7’si ikinci gruptaki kadınların ise %48.2’si bir sonraki doğumlarını tekrar aynı şekilde sonlandırmak istemişlerdir Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001).

**Çizelge 4. 8:** Eğitim Durumu ve Aylık Gelire Göre Doğum Tercihine Karar Veren Kişiler

	Normal doğum				Sezaryen				Toplam				X2 p değeri
	Doktor		Kendim		Doktor		Kendim		Doktor		Kendim		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Eğitim durumu</b>													
Okur-yazar değil	1	25	3	75	4	100	0	0	5	62.5	3	37.5	0.144
İlköğretim	11	47.8	12	52.2	21	75	7	25	32	61.5	19	36.6	0.088
Lise	9	81.8	2	18.2	8	80	2	20	17	81	4	19	0.652
Üniversite ve üstü	4	33.3	8	66.7	12	75	4	25	16	57.2	12	42.8	0.069
<b>Toplam</b>	25	-	25	-	45	-	13	-	70	-	38	-	
<b>Aylık gelir durumu</b>													
Gelir giderden az	10	55.6	8	44.4	16	76.1	5	23.9	26	65	13	32.5	0.307
Gelir gider aynı	13	50	13	50	24	82.8	5	17.2	37	67.3	18	32.7	0.022
Gelir giderden fazla	1	25	3	75	5	71.4	2	28.6	6	54.5	5	45.5	0.391
<b>Toplam</b>	24	-	24	-	45	-	12	-	69	-	36	-	

\*Kadınlardan 3 tanesi gelir gider durumuna yanıt vermemiştir.

\*1 ebe sezaryenle doğum şekline karar verdiği için değerlendirmeye alınmamıştır.

Çizelge 8’de kadınların eğitim durumu ve aylık gelire göre doğum tercihinin karar veren kişilere ilişkin veriler yer almaktadır. Okuryazar olmayan kadınlardan normal doğum yapanların doğum şekline %25 doktor, %75 kendisi, sezaryen ile doğum yapanların %100’üne doktor karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.144).

İlköğretim mezunu kadınlardan normal doğum yapanların doğum şekline %47.8’ine doktor, %52.2’si kendisi, sezaryen ile doğum yapanların %75’ine doktor, %25’ine kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.088).

Lise mezunu kadınlardan normal doğum yapanların doğum şekline %81.8’ine doktor, %18.2’sine kendisi, sezaryen ile doğum yapanların %80’ine doktor, %20’si kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.652).

Üniversite ve üstü mezunu kadınlardan normal doğum yapanların doğum şekline %33.3’üne doktor, %66.7’sine kendisi, sezaryen ile doğum yapanların %75’ine doktor, %25’ine kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.069).

Aylık geliri giderinden az olan kadınlardan normal doğum yapanların doğum şekline %55.6’sına doktor, %44.4’üne kendisi, sezaryen ile doğum yapanların %76.1’ine doktor, %23.9’una kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.307).

Aylık geliri gideri ile aynı olan kadınlardan normal doğum yapanların doğum şekline %50’sine doktor, %50’sine kendisi, sezaryen ile doğum yapanların %82.8’ine doktor, %17.2’si kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.022).

Aylık geliri giderinden fazla olan kadınlardan normal doğum yapanların doğum şekline %25’ine doktor, %75’ine kendisi, sezaryen ile doğum yapanların %71.4’üne doktor, %28.6’sı kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.391).

**Çizelge 4.9:** Sosyodemografik Özelliklere Göre Doğum Şekline Karar Veren Kişiler

	<b>Doktor</b>		<b>Kendim</b>		<b>p değeri</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Eğitim durumu</b>					
Okur-yazar değil	5	62.5	3	37.5	0.357
İlköğretim	32	62.7	19	37.3	
Lise	17	81	4	19	
Üniversite ve üstü	16	57,2	12	42.8	
Toplam	70	-	38	-	
<b>Aylık gelir durumu</b>					
Gelir giderden az	26	66.6	13	33.3	0.710
Gelir gider aynı	37	67.3	18	32.7	
Gelir giderden fazla	6	54.5	5	45.5	
Toplam	69	-	36	-	
<b>Aile durumu</b>					
Çekirdek aile	64	72.7	24	27.3	0.698
Geniş aile	16	80	4	20	
Toplam	80	-	28	-	
<b>Yaş durumu</b>					
19 yaş ve altı	4	66.6	2	33.3	0.729
20–35 yaş arası	56	67.4	27	32.6	
35 yaş ve üstü	11	57.8	8	42.2	
Toplam	71	-	37	-	

\*Kadınlardan 3 tanesi gelir gider durumuna yanıt vermemiştir.

\* 1 ebe doğum şekline karar verdiği için değerlendirmeye alınmamıştır.

Çizelge 9’da sosyodemografik bazı özelliklere göre doğum şekline karar veren kişiler yer almıştır. Okuryazar olmayan kadınların doğum şekline %62.5’ine doktor, %37.5’ine kendisi, ilköğretim mezunu kadınların %62.7’sine doktor, %37.3’üne kendisi, lise mezunu kadınların %81’ine doktor, %19’una kendisi, üniversite ve üstü mezunlarda ise %57.2’sine doktor, %42.8’ine kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.357).

Aylık geliri giderinden az olan kadınların doğum şekline %66.6'sına doktor, %33.3'ü kendisi, aylık geliri gideri ile aynı olan kadınların %67.3'üne doktor, %32.7'sine kendisi, aylık geliri giderinden fazla olan kadınların %54.5'ine doktor, %45.5'ine kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.710).

Çekirdek ailede yaşayan kadınların doğum şekline %72.7'sine doktor, %27.3'ü kendisi karar vermiştir. Geniş ailede yaşayan kadınların doğum şekline ise %80'ine doktor, %20'sine kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.698).

Yaşa göre baktığımız zaman 19 yaş ve altındaki kadınların doğum şekline %66.6'sına doktor, %33.3'ü kendisi, 20-35 yaş arası kadınlarda %67.4'üne doktor, %32.6'sına kendisi ve 35 yaş üstü kadınlarda %57.8'ine doktor, %42.2'sine kendisi karar vermiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.729).



## 5.TARTIŞMA

Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, özellikle riskli durumlarda sezaryen ile doğum hızında çok belirgin artış olmuştur (102). Sezaryen operasyonu 1960'larda tüm doğumlarda %5 oranında yapılırken, 1980'lerde %25-30 oranlarına kadar yükselmiştir. Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha ileri yaşta evlenmeleri, daha ileri yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, "Riskli gebelik" ve "Kıymetli bebek" kavramının ortaya atılması yer almaktadır (4,43,48,49). Kadınların sezaryeni tercih etmeleri ile ilgili literatür tarandığında ise sezaryen doğum tercihi oranı ortalama %3-48 arasında bildirilmektedir (103).

DSÖ ve yerel sağlık yönetimleri sezaryen hızını mümkün olduğunca düşürmek için anne ve fetüs sağlığı açısından gerçek anlamda risk olmadıkça normal vajinal doğumun öncelikli tercih edilmesi yönünde görüş bildirmektedir.

Sezaryen oranını artıran nedenlerin başında "bir kere sezaryen daima sezaryen prensibi" ve sosyoekonomik düzeyi daha iyi olan toplumlardaki isteğe bağlı sezaryenler gelmektedir (44).

TNSA 2008 sonuçlarına göre en yüksek doğurganlık hızı 25-29 yaş aralığındadır. Yapılan birçok çalışmada da sezaryenle doğum yapan kadınların ortalama 20-29 yaş grubunda oldukları görülmüştür (54,104). Bizim çalışmamıza katılan annelerde benzer özellik göstermektedir.

Bektaş E'nin yaptığı çalışmaya göre 35 yaş üzerindeki kadınların sezaryeni, 15-24 yaş grubunda ki kadınların ise daha çok normal doğumu tercih ettikleri görülmüştür (105).

Pedro A.P. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda toplam 7827 doğum içinde sezaryen oranını 1400 (%17.9) olarak bildirmişlerdir. Bir başka yayında 1994 yılında %20.5 olan sezaryen oranının 1997'de %15.5'e düştüğü bildirilmiştir (106). TNSA 2008 verilerine göre %40'lara çıkan sezaryen oranlarımız bölgesel yayınlarda %15-%65 arasında değiştiği bildirilmektedir (6,107,108). Çalışmamızdaki sezaryen oranları (%54.1) genel olarak literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Yumru ve ark. (55) çalışmasında geçirilmiş sezaryen nedeniyle yapılan sezaryen oranı %32.6, Erdemtok'un çalışmasında (65) ise %22 olarak belirtilmiştir. Bizim

çalışmamız da ise, eski sezaryene bağlı sezaryen isteme oranı %67.6 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda bu oranın yüksek çıkmasının sebebi olarak ilk doğumunu sezaryen doğum yapan kadınların, önceki sezaryen doğumda hiçbir problem yaşamaması, ilk sezaryen doğumun başarılı geçmesi, “bir kere sezaryen daima sezaryen prensibi” gibi nedenlerden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe kendi isteği ile sezaryenle doğum oranının arttığı, yine çalışan bayanların ev hanımlarına göre doğumlarını sezaryenle yapmak istedikleri, kadının yaşının seçimi etkilemediği saptanmıştır (109). Güngör ve Gökyıldız'ın çalışmasında (110) ise kendi tercihiyle sezaryen doğum yapma oranı çalışan, eğitilmiş kadınlarda daha fazladır. Kadınların yaklaşık yarısı sezaryen doğumu düşük riskli ve basit bir ameliyat olarak değerlendirmektedirler. Hildgonsson ve arkadaşlarının (111) İsveç'te ki çalışmasında eğitim düzeyi düşük kadınların sezaryeni tercih ettiği bulunmuş, bir başka çalışmada, ülkemizde İzmir'de Konakçı ve ark. (112) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek kadınların sezaryen oranı yüksek saptanmıştır. Literatürde çalışan, eğitim düzeyi yüksek, primipar kadınların daha çok kendi tercihiyle sezaryen oldukları belirlenmiştir (113). Bizim çalışmamızda ise eğitim durumu ve kadının çalışması ile sezaryen doğumu tercih etmesi ile arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun örneklem grubunun sınırlı sayıda (n=109) kadından oluşmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda eşin mesleği kadının sezaryen veya normal doğum kararını etkilemediği görülmüştür .

Gözükara'nın (114) çalışmasında geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlardan daha fazla oranda vajinal doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda ise aile tipinin tercih edilen doğum şeklini etkilemediği görülmüştür .

Ülkemizde de ABD'de görüldüğü şekli ile sosyoekonomik düzeyi yüksek toplumlarda sezaryen oranlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (115). Hildgonsson ve ark. (111) çalışmasında ekonomik düzeyi düşük kadınların sezaryeni tercih ettiği bulunmuş, Konakçı ve arkadaşlarının (112) İzmir'de ki çalışmasında ise bunun aksine ekonomik düzeyi yüksek kadınların sezaryeni tercih ettiği bulunmuş, Bursa'da Avcı ve arkadaşlarının çalışmasında (116) ekonomik durumun yükselmesi ile sezaryen oranının arttığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sosyoekonomik durumla sezaryen doğum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Arslan ve ark. (117) yaptığı çalışmada kadınların %75'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise kadınların %94'inin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Önemli olarak düşündüğümüz diğer bir sonuç ise sosyal güvencesi olmayanların üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumları tercih etmedikleridir. Bunun da vajinal doğum ve sezaryen doğum ücretinin daha yüksek olması nedeni ile olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınlarda gebelik öncesi sağlık problemi varlığının doğum şeklini etkilemediği tespit edilmiştir.

TNSA 2008 verilerine göre DBÖ alma oranı %92'dir. Bu gebelerin %89.5'i doktordan DBÖ hizmeti alırken sadece %2.5'lik bir kısmı ebeden hizmet almıştır (6). Bizim çalışmamızda TNSA 2008 verileri ile paralel olup kadınların %94.5 doktordan, %3.7 ebeden ve % 1.8 i hemşireden DÖB almışlardır.

Gözükara'nın (114) çalışmasında doğum öncesi bakım alma ile planlanan ve gerçekleştirilen doğum şekli açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda antenatal takip sırasında gebelerin sezaryene yönlendirildiği düşünülmemiştir. Ancak sezaryen kararında da en büyük rolü üstlenen kişinin doktor olduğu görülmüştür. Bu durumda doktorların, doğum esnasında ya da sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek adına tıbbi veya sosyal problemler çıkabileceğini düşündüğü durumlarda sezaryeni tercih ettiğini düşündürmektedir.

Gözükara'nın çalışmasında (114) gebe kalabilmek için tedavi görenlerde sezaryenle doğum oranları daha yüksek bulunmuştur. Tedavi sonucu dünyaya gelecek olan bebeğe "kıymetli bebek" gözüyle bakılıp, doğum esnasında meydana gelebilecek herhangi bir komplikasyon ya da en ufak bir travmadan bile korumak istenmektedir. Kadınlar ve doktorlar tarafında da sezaryenle doğum daha kontrollü ve güvenli olarak düşünülmektedir (5,112,118). Bu nedenle tedavi görerek gebe kalanlarda sezaryen oranının yüksek olması beklenebilir. Bizim çalışmamızda infertilite tedavisi gören kadınların %87.5'i sezaryen ile doğumu tercih etmişlerdir.

Yaşar'ın araştırmasında (119) kadınların doğum tercihleri ile ilgili yakınlarının doğum esnasında sorun yaşama durumu sorgulandığında, doğum tercihlerini olumsuz deneyimlerin etkilemediği görülmüştür. Bu da yine doğum tercihi yaparken kişisel

özelliklerin ve doktor önerisinin daha ön planda olduğunu akla getirmektedir. Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Sezaryen ameliyatı öncesi eğitim konusundaki eksikliğin belirgin şekilde hissedildiği gelişmekte olan ülkelerde ve toplumumuzda, annelerin bu konuda eğitilmelerinin yararını saptayabilmek için bu alanda sürekli çalışmalar yapılarak, ebelik bakımının etkinliğini artırmak amacıyla çaba harcanmaktadır. Ege Üniversitesi Kadın-Doğum Kliniklerinde yapılan bir çalışmada, sezaryen ameliyatı olacak annelerin ameliyat öncesi ve sonrasında gereksinimleri incelenmiştir. Bu çalışmada araştırmaya katılanların çoğunluğunun neden sezaryen olduklarını dahi bilmedikleri saptanmıştır (120). Bizim araştırmamızda da gebelerin doktoruna güvendiği için neden sezaryen olduklarını bile sormadıkları tespit edilmiştir.

Gözükara'nın (114) çalışmasında kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı normal doğumda daha çok kendisinin, sezaryen ile doğumda ise doktoru tarafından verildiği belirtilmektedir. Çalışmada kadınların %58.6'sının doğum sekline karar vermesi gereken kişi olarak doktoru gördüklerini ifade ettikleri ve %79.6'sının doğum şekline doktorunun karar verdiği belirtilmektedir.

Yaşar 'ın çalışmasında (119) doğum tercihinin etki eden kişiler incelendiğinde normal doğum tercih edenlerin 52.9'u bu tercihe doktor tarafından yönlendirildiğini; sezaryen tercih edenlerin %45.1'i bu tercihe doktor tarafından yönlendirildiğini belirtmiştir. Doktorların doğum tercihinin etkisi anlamlı bulunmamıştır. Gamble'nin çalışmasında doktorun sezaryeni önermesi nedeni ile sezaryen tercih oranı %8 bulunurken (121), Çivili'nin çalışmasında(122) bu oran %38.1, Sayın ve arkadaşlarının çalışmasında (123) ise %4.2 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda normal doğum %52'sine doktor, %48'ine kendisi karar verirken sezaryen doğumda %75.9'una doktor, %22.4'üne kendisi tarafından karar verilmiştir. Bunun nedenin kadınların çoğunluğunun doğum şekilleri konusunda kendilerini yeterli bilgiye sahip hissetmeleri ve doktor, ebe ve hemşireler tarafından yeterli bilgilendirme ve danışmanlık yapılması olduğu düşünülmüştür. Doğum şekli kararı endikasyon varsa doktor tarafından belirlenmeli, kadına ve ailesine yeterli bilgi verilerek onayları alınmalıdır. Şayet herhangi bir endikasyon yoksa yine yeterli bilgilendirme yapılarak en uygun yöntem kadın, ailesi ve doktor birlikte karar vermelidir.

Yapılan birçok çalışmada kadınların çoğunun vajinal doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (124-127). Bu çalışmalarda vajinal doğum tercih nedeni olarak en fazla, vajinal doğumun doğal olması, doğum sonu dönemin daha az ağrılı ve iyileşmenin daha çabuk olması, daha ucuz olması, güvenli ve en iyi doğum şekli olması belirtilmiştir. Hopkins'ın (128) çalışmasında kadınların çoğunun normal doğumu tercih ettiği ve normal doğumu sezaryen doğuma oranla daha üstün buldukları tespit edilmiştir. Doğum fizyolojik ve evrensel bir olaydır bu nedenle de tüm çalışmalarda tercih nedenleri benzerlik göstermektedir. Ancak bildirilen tercih nedenlerinin oranları farklıdır. Bunun da nedeninin ülkelerin sağlık sistemlerinden ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da kadınların büyük oranda normal doğumu sezaryen doğuma oranla daha doğal, sağlıklı ve iyileşme açısından daha üstün gördüğü saptanmıştır. Bu sonuçla da çalışmamız literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Boran'ın çalışmasında (129) sezaryen endikasyonları incelendiğinde, geçirilmiş sezaryen % 35, distosi ve baş-pelvis uygunsuzluk %30, makat prezantasyonu %12 olarak bulunmuştur. Arslan ve ark. (117) yaptığı çalışmada sezaryen endikasyonlarında birinci sırada %34.7 mükerrer sectio, ikinci sırada %12.8 prezantasyon anomalisi yer almaktadır. Diğer araştırmalardan farklı olarak Reis ve ark. (109) yaptığı çalışmada sezaryen endikasyonlarında ilk sırayı bebeğe bağlı nedenler (%20.7) almaktadır. Diğer nedenler de eski sezaryenler (%19.0), ilerlemeyen travay (%18.7), maternal hastalıktır (%15.7). Sayın ve ark. (123) yaptığı çalışmada, elektif sezaryen olanlar doğum ağrısı çekmekten ya da doğum sırasında bebeğe travma olur diye korktuğu için daha sonra gelişebilecek olası pelvik relaksasyon nedeniyle, doktor önerisiyle veya sosyal nedenlerle sezaryen tercih ettiklerini belirtmiştir. Quinlivan ve ark. araştırmasında (130) sezaryen doğumun en sık sebepleri arasında fetal distres, ilerlemeyen doğum eylemi yer almaktadır. Özkaya'nın (131) Isparta'da yaptığı çalışmada baslıca sezaryen endikasyonları akut fetal distres, eski sezaryen vakaları, bas pelvis uygunsuzluğu ile ilk üç sırada yer almaktadır. Erkaya ve ark. (132) araştırmada ise sezaryen sebebi olarak eski sezaryen vakaları, distosi, fetal distres ilk üç sıradadır. Bizim çalışmamızda da ilk üç sırayı fetal distres, ilerlemeyen doğum eylemi ve bas pelvis uygunsuzluğu almaktadır. Doğum sonu kadının sezaryeni tercih nedeni bizim araştırmamızda %6.7 eski sezaryen, %22.4 annenin isteği ile, %28.8 pozisyon anomalisi, %20 anneye bağlı

nedenler, %8.4 fetal distres, %13.7 kıymetli bebek olarak bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine bizim çalışmamızda ilk sırada prezentasyon anomalileri, son sırada ise eski sezaryenli olgular yer almaktadır. Sezaryen ile doğumda tercih nedeni bizim araştırmamızda da literatürle benzerlik göstermektedir. Sezaryen oranının yükselmesi ile sezaryen doğumun vajinal doğuma oranla hastanede kalış süresinin daha uzun olması nedeniyle ekonomik külfeti de beraberinde getirmektedir (133). Sezaryen oranlarındaki bu yükselmeler hastane masraflarının aşırı artışına sebep olduğu için sezaryen sonrası vajinal doğum yapılabilmesi için yoğun bir çaba harcanarak oranların azaltılmasına çalışılmaktadır (134).

Bir kez sezaryen ile doğum yapanların uterustaki skar yerinde rüptür riskini artırdığı gerekçesiyle daha sonraki gebeliklerde de sezaryenle doğum yapma alışkanlığı yaygındır. Oysa son zamanlarda yapılan klinik uygulamalar, eski sezaryenlilerin %60-80'inin vajinal doğum yapabileceğini ortaya koymuştur. Burada önemli olan daha önce geçirilmiş olan sezaryen operasyonunun şeklidir. En sık kullanılan alt segment transvers insizyonlu (Kerr insizyonu) gebelerde vajinal doğumun sakıncası çok azdır, bunlarda rüptür riski %1-2'dir. Ayrıca sezaryenle doğan bebeklerde respiratuvar distres ve yenidoğanın geçici takipnesi daha sık görülür (135).

Sezaryen sonrası vajinal doğum oranları ülkelere göre değişmektedir. ABD'de sezaryen geçiren kadınların %8'i vajinal doğuma bırakılırken Norveç ve Bavaria'da bu oran %40'ı aşmaktadır (136).

İngeç ve Kumtepe'nin araştırmalarına (137) göre 1999- 2003 yılları arasında SSVD uygulama oranları yıllara göre sırasıyla %16, %17.8, %23.5, %46.9 ve %49'du. Ortalama SSVD uygulama oranı ise %37.5 olup, bunların %67.4'ünde vajinal doğum başarılıydı. Daha önce sezaryen geçiren hastaların tekrar sezaryene alınmasındaki en önemli sebep rüptür ihtimalidir. Ancak bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde uterus rüptürü neticesinde bir anne ölümü ile karşılaşılmamıştır. Daha önce sezaryen geçiren hastaların %63.6'sı vajinal doğumu gönüllü olarak kabul ederken, %36.4'ü ise elektif sezaryen istemiştir (82,137).

Ovalı ve ark. (138) yaptığı çalışmada sezaryen sonrası "Vajinal doğum olmaz, hep sezaryenle doğum olur" diyenlerin oranı %56.6'dır. Gebelerin %15.4'ü sezaryen sonrası vajinal doğumun yurtdışında yapıldığını duyduğunu ve kendi doktoru önerdiğinde yapacağını belirtmiştir (139,140). Bizim araştırmamızda ise Ovalı ve

arkadaşlarının aksine gebeler sezaryen sonrası tekrar gebe kalırsa sezaryenle doğum yapmasının tek alternatif olduğunu düşünmektedir (%23.7). Yurt dışında ve Türkiye’de böyle bir uygulama duymadıklarını ayrıca bu konuda doktorunun da herhangi bir şey söylemediği dikkat çekicidir. Araştırmamıza katılan gebelerde sezaryen sonrası vajinal doğum yapan gebeye rastlanmamıştır.

“Sezaryeni takiben vajinal doğum yapılabilir mi?” diye sorulduğunda kadınların bundan habersiz olduğu gözlenmiştir.

ABD’de sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili yapılan çalışmalarla sezaryen sonrası gerçekleştirilen vajinal doğumun güvenli bir girişim olduğu görüşünde fikir birliğine varılmış, ayrıca günümüzde makat gelişlerinde rutin olarak uygulanan sezaryen operasyonundan uzaklaşılmasının sezaryen oranlarında azalmaya katkısı olacağı ileri sürülmektedir (141,142).

Yaşar’ın araştırmasında (119) doğum seklene göre yapmak istedikleri doğum şekli sorgulandığında sezaryen doğum yapanların %72.9’unun aslında normal doğumu tercih ettiği bulunmuştur. Duman’ın çalışmasında normal doğum yapanların %81.6’sı yine normal doğumu tercih ederken, sezaryen doğum yapanların %7’si normal doğumu tercih etmiştir. Bizim araştırmamızda da normal doğum yapan kadınların %89.8’i normal doğumu tercih ederken, sezaryenle doğum yapanların %57.6’sı normal doğumu tercih etmiştir. Bunun nedeni olarak kadının sağlık problemi, fetal distres, isteyerek sezaryen doğum yapma gibi nedenler düşünülmüştür.

Donati ve ark.(143) yaptığı araştırmada sezaryen oranı %33.2 olarak saptanmıştır. Donati ve arkadaşlarının araştırmasında bir sonra ki doğum şekli tercihi incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların %90’ı, sezaryen olanların ise %77’si bir sonra ki doğumda vajinal doğum istemiştir.

Yaşarın araştırmasında, normal doğum yapan kadınların %86.9’u tekrar normal doğum yapmak istediklerini belirtirken sezaryen doğum yapanların %45.4’ü bir sonraki doğumlarında normal doğum yapmak istediklerini belirtmişlerdir (119).

Bizim araştırmamızda kadınların %54.1’i sezaryen olurken %22.4’ü kendi isteği ile sezaryen olmuştur. Bir sonraki doğum tercihinde ise vajinal doğum yapan kadınların %89.8’i bir sonra ki doğumda tekrar vajinal doğumu istemiş, sezaryen olanların ise %51.8’i bir sonra ki doğumda vajinal doğum istemiştir. Araştırmamız Donati ve ark. çalışması ile paralellik göstermektedir.

## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Normal doğum ve sezaryen operasyonu olan toplam 109 anne üzerinde yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan annelerden 50 kişi normal doğum, 59 kişi sezaryenle doğum yapmıştır.
2. Normal doğum yapan annelerin %86'sı 20–35 yaş arası, sezaryenle doğum yapan annelerin %76,3'ü 20–35 yaş arasıdır.
3. Annenin eğitim durumu ile doğum tercihi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
4. Normal doğum yapanların %74'ü ev hanımı iken, sezaryenle doğum yapanların %69,5'i ev hanımıdır. Annelerin çalışma durumu doğum tercihini etkilememektedir.
5. Normal doğum yapan annelerin eşlerinin %40,0 serbest, sezaryen doğum yapan annelerin eşlerinin %49,2'si serbest bir işte çalışmaktadır. Eşin mesleği ile kadının doğum tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
6. Normal doğum yapan kadınların %78'i çekirdek aileye, %22'si ise geniş aileye sahiptirler. Sezaryenle doğum yapan annelerde ise %84,7'si çekirdek ailede, %15,3'ü ise geniş ailede yaşamaktadır. Aile tipinin çekirdek aile veya geniş aile olması kadının doğum tercihini etkilememektedir.
7. Aylık gelirin az veya fazla olması kadının doğum tercihini etkilememektedir.
8. Normal doğum yapan kadınların %94'ü, sezaryenle doğum yapanların %89,8'inin sosyal güvencesi vardır. Kadının sosyal güvencesinin olup olmaması doğum tercihini etkilememektedir.
9. Normal doğum yapan kadınların %42'si primipar, %58'i multiparlardır. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise %33,9'u primiparken, %66,1'i multipardır. Kadınların multipar veya primipar olmaları doğum tercihini etkilememektedir.
10. Normal doğum yapan annelerin %22'sinde, sezaryenle doğum yapan annelerin ise %32,2'sinde gebelik öncesi ve gebelik döneminde saptanmış bir sağlık problemi bulunmaktadır. Gebelik öncesi dönemde saptanmış sağlık problemi doğum şeklini etkilememektedir.



11. İnfertilite tedavisi gören annelerin %87,5'i sezaryenle doğum yapmışlardır. İnfertilite tedavisi görmek sezaryen ile doğum oranını artırmıştır.
12. Normal doğum yapan kadınlarının hepsinin bir önceki doğumu da normal doğumdur. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise %32,4'ünün bir önceki doğumu normal doğum iken %67,6'sının bir önceki doğumu da sezaryen doğum ile sonuçlanmıştır. Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli şimdiki gebeliğin sonlanma şeklini etkilemiştir.
13. Normal doğum yapan kadınların %89,3'ü, sezaryenle doğum yapan kadınların ise %79,4'ü bir önceki doğumunda olumsuz deneyim yaşamamışlardır.
14. Normal doğum yapan kadınların %96'sı sezaryen doğum yapan kadınların ise %98,3'ü gebeliklerinde kontrole gitmişlerdir.
15. Normal doğum yapan kadınların %96'sı doktor, %2'si ebe ve %2'si hemşire tarafından izlenirken, sezaryen doğum yapan kadınların %93,2'si doktor, %5,1'i ebe %1,7'si hemşire tarafından izlenmiştir.
16. Normal doğum yapan kadınların %49'una, sezaryen ile doğum yapan kadınların ise %48,2'sine gebelikleri esnasında sezaryen ve normal doğuma yönelik eğitim verilmiştir.
17. Normal doğum yapan kadınlardan %48'i kendisi, %52'si ise doktoru, sezaryenle doğum yapan kadınların ise %22,4'ü kendisi, %75,9'u ne ise doktoru doğumun nasıl sonlanacağına karar vermiştir.
18. Normal doğum yapma sebebine bakıldığında; ilk üç sırada komplikasyonların normal doğumda az olduğu, normal doğumun doğal olduğu, günlük aktivitelere kolay dönülebildiği yer almaktadır. Sezaryenle doğum yapan kadınlarda ise geçirilmiş sezaryen operasyonu, ağrı çekmemek, pozisyon anomalisi, kıymetli bebek kavramları ilk sıralarda yer almaktadır.
19. İlk doğumun sezaryen olması ikinci doğum şeklini sezaryen doğum yönünde etkilerken, sezaryen doğum oranının artmasına sebep olmuştur. Bu artışın sebebi olarak katılımcıların sezaryen doğumdan sonra normal doğum yapılamayacağını, bunu tıbbi endikasyon olarak gördükleri saptanmıştır.
20. Her iki gruptaki kadınlarında büyük bir kısmının sezaryen doğumdan sonra normal doğum yapma konusunda bilgileri yoktur.

21. Bir sonraki doğum şekli ile ilgili tercihleri sorulduğunda, normal doğum yapanların büyük çoğunluğu yine normal doğumu tercih ederken, sezaryen doğum yapanların yarısı yine sezaryen doğumu tercih etmiştir.

22. Normal doğum yapan kadınların %83,7'si sezaryen ile doğum yapan kadınların ise %48,2'si bir sonraki doğumlarını tekrar aynı şekilde sonlandırmak istemişlerdir.

## **6.2.Öneriler**

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Riskli doğumların çoğunlukla üniversite hastanesine gelmesi ve doktorun sezaryen doğuma karar vermesi nedeni ile bu çalışmada sezaryenle doğum oranları yüksek çıkmıştır. Sezaryenle doğumu tercihlerde etkili olan diğer nedenlerin araştırılması için bu araştırmanın devlet hastanesi, özel kliniklerde ve kırsal alanda da yapılması,

2. Gebeler antenatal bakımla, doğum şekilleri konusunda doğru bilgilendirilmeli,

3. Kadınların büyük bir kısmının doğumla ilgili bilgiyi doktorlardan aldıkları, fakat bilginin zaman kısıtlılığı nedeniyle yetersiz olduğu belirlenmiştir. Temel sağlık hizmetleri içerisinde yer alan doğum öncesi bakım hizmetlerinin sunulmasında özellikle ebelerin daha aktif rol alması ve aileleri doğum şekilleri hakkında bilgilendirmeleri sağlanmalıdır.

4.Doktorların doğuma bakış açılarının ve doğum şekli tercihlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışmanın planlanması,

## 7.KAYNAKLAR

1. **Gorrie T, McKinney E.S, Murray S.S**, Foundations of Maternal-Newborn Nursing. 2nd Ed., Philadelphia: W.B.Saunders Company, Philadelphia, **1998**:356-470.
2. **Taşkın L**. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 8. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2007**: 203–294.
3. **Dölen İ, Gökçü M**. Sezaryen ve Etik. Kadın Doğum Dergisi, **2002**, 1(2):86–89.
4. **Cunnigham FG, Gant NF, Leveno KJ**: Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: *Williams Obstetrics* 21st Ed **2001**, p:537–565.
5. **Konakçı SK, Kılıç B**. Sezaryen Doğumlar Artıyor. STED, **2002**, 11 ( 8):286–8.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara:**2008**.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara:**2003**.
8. **Arslan H**. Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **2008**,1(2).
9. **Cebesoy F**. Sezaryen Sonrası Postpartum Kanama Neden ve Sonuçlarının Analizi. Gaziantep Tıp Dergisi, **2008**, 15–17.
10. **Deborah S. Yokoe, Cindy L. Christiansen, Ruth Johnson, Kenneth E. Sands, James Livingston, Ernest S. Shtatland and Richard Platt**. Epidemiology of and Surveillance for Postpartum Infections, Vol. 7, No. 5, September-October **2001**: 7: 837-84.
11. **Gamble JA, Creedy DK**. Women's Request For A Caesarean Section: A Critique Of The Literature. Birth **2000**: 27-4:256-263.
12. **Burns LR, Geller SE, Wholey DR**. The Effect of Physician Factors on the Cesarean Section Decision. Med Care. **1995** Apr;33(4):365–82.
13. **Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N**. Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. İstanbul: Medikal Nobel, **2002**: 12-21.
14. "The American College of Obstetricians and Gynecologist" (ACOG)'in Sezaryen Doğum Hızları Üzerinde Çalışan Özel Hizmet Birimi (**2000**).
15. **Berkam S**. Doğum Bilgileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2004**: 19-51.
16. **Beşer E**. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, **2007**: 6 (2): 137-141.
17. **Akın A, Özvarış ŞB**. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler.2. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi; **1997**. p.117-155.
18. **Berksaç S, Demir N, Koç A, Yüksel A**. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp& Perinatoloji. MN Medikal & Nobel, **2001**:1365-1372.
19. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ana Sağlığı ve Planlaması El Kitabı 5. Baskı, Ankara: **1992**.

20. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara, **2005**.
21. **Coşkun A, Karanisoğlu H.** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Seçim, H.(ed). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, **1992**.
22. Medical Network Ders Notları Serisi. Normal Gebelik, Doğum ve Puerperium. Obstetrik ve Jinekoloji. **1993**: 79-95.
23. **Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, Daltveit AK.** Cesarean Section Delivery In The 1980s: International Comparison By Indication. Am J Obstet Gynecol, **1994**: 170:495.
24. **Russell P, Biswas M.** Normal Yenidoğanla İlgili Temel Bilgiler, Değerlendirme ve Bakım. Çağdaş Obstetrik- Jinekolojik Teşhis-Tedavi. In: Pernoll M. (ed)., Ankara : Barış Kitabevi, **1994**.
25. **Başaran M.** Kadın Hastalıkları & Doğum. Ankara: Pelin Ofset, **2004**: 176-305-307.
26. **Aşkar N.** Ege Kadın Doğum., İzmir: İzmir Güven Kitabevi, **2005**:103-109.
27. **Walsh L.** Midwifery Community-Based Care During the Childbearing Year. W:B: Saunders Company, Philadelphia, **2001**: 229-245.
28. **Köker İ.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2006**: 321-365.
29. **Lilford RJ., Groot H.A., Moore P.J.,** The Relative Risks of Caesarean Section and Vaginal Delivery, **1990**: 97, 883.
30. **Akgül C.** Doğum Bilgileri. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2004**.
31. **Caroli G.,Belizan J.**Episiotomi for Vaginal Birth. Cochrane Data base syst Rev 2. **2000**.
32. **Zuspan / Quilligan.** Obstetrik ve Jinekoloji. Atlas Kitabevi. ( **Tarihsiz**)
33. **Beck W.** Obstetrics and Gynecology , 4th edition , Mass Publishing Co. **1997**: 31 – 38.
34. **Yılmaz Ş, Seviğ Ü.** Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yenidoğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara. Kongre Kitabı, **2000**.
35. **Koca A, Gül A, Aslan H.** Eski Sezaryen Olgularında Vajinal Doğumun Güvenirliği. Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi, **1998**:5, 151-154.
36. **Baysal C, Üstünel B, Hakses M.** Doğumda Sezaryen Operasyonunun Yeri ve Olgularımız. Ankara Jinekoloji Derneği XII. Uluslar arası Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, 24-26 Ekim **1986**.
37. **Hopkins J.,** Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. Normal Doğum Eylemi ve Doğuma Yaklaşım. Lambrou N.,Mone A. (eds.) Ankara: Atlas Kitabevi, **2000**.
38. **Sakala E.** Obstetrik ve Jinekoloji . Nobel Tıp Kitabevi, Board Review Serisi. **1999**: 40-41.
39. **Coşkun A, Karanisoğlu H.** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Eskişehir: ETAM A.Ş.**1992**: 296-305.

40. **Queenan J. Ed: Güner H.** Yüksek Riskli Gbeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Ankara: Atlas Kitapçılık, **1998**. 591-603.
41. **Sivashoğlu A.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi El Kitabı. Ankara: Tusem Tıbbi Yayıncılık, **2005**.
42. **Pernoll M (ed.),** Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 7.ed. Cesarean Section. Prentice-Hall International Inc. Publishing. **1991**: 554-565.
43. **Özgünen T, Evrüke C. Sezaryen In: Beksaç S.(Eds),** Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**: 1322-1328.
44. **Cunnigham F.G, Mac Donald P.C, Gant NF.** Williams Obstetrics, 20 th ed. Apyleton& Lange, Stamford, Connecticut. **1997**: 509- 531.
45. **De Cherney AH, Nathan L.** Caseraen Section In:Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and treatment, 9th Ed. **2002**, p:518-529.
46. **Gilstrap LC, Cunnigham FG, Vandersten PJ.** Cesarean Delivery In:Operative Obstetrics 2nd Ed. Appleton and Lange, **2002**:257-73.
47. **Gabbe SG, Niebyl RJ, Simpson JL:** Cesarean Delivery In:Obstetrics Normal and Problem Pregnancies 4th Ed, **2002**:539- 06.
48. **Dölen İ, Özdeğirmenci Ö.** Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır? Türkiye'de ve Dünyada güncel nedir? *TJOD Dergisi* **2004**; 7:113-117.
49. **Özgünen T, Evrüke C.** Sezaryen In: Beksaç S.(Eds), Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2001:1322-1328.
50. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara: **1998**.
51. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-iste-devlet-universite-ve-ozellerde-sezeryan-oranlari-h-54987.html> Erişim:05.10.2009
52. **Danforth D.N,** PhD, MD. Operative Delivery In: R.C. Benson. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. **2003**: 939-948.
53. **Perlow J.H. , Morgan M.A.** Massive Maternal Obesity and Perioperative Cesarean Morbidity **1994**: 170, 560.
54. **Kumtepe Y** ve ark. 2000 Yılına Kadar Son 10 Yılda Kliniğimizde Doğumu Gerçekleştirilen Hastaların Epidemiyolojik İncelemesi Ve Maternal Mortalite Oranları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, **2004**;18:89-96.
55. **Yumru E, Davas İ, Baksu B, AltıntaşA, Altın A, Mert M.** 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul. *Perinatoloji Dergisi*, **2000**;8(3-4):94-98.
56. **Dayan A.** 3.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Sezaryen İnsidansı ve Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, 1999.
57. **Kara F.Ş.** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004**.

58. **Yılmaz M** ve arkadaşları. Kliniğimizde 2001–2005 Yılları Arasında Sezaryen Oranı Ve Endikasyonları. *TJOD Dergisi*, **2006**;3(4):249–254.
59. **Lieberman E, Lang JM, Cohen AP**: The Association Of Fetal Sex With The Rate Of Cesarean Section. *Am J Obstet Gynecol*, **1997** :176:667-71.
60. **Convey DL** et al: Elective Delivery Of Infants With Macrosomia In Diabetic Women: Reduced Shoulder Dystocia Versus Increased Cesarean Deliveries. *Am J Obstet Gynecol* **1998**:178:922-5.
61. **Abbassi H , Aboufalah A , Morsad F**, Maternal Complications of Cesarean Section: Retrospective Analysis of 3 , 231 Interventions at the Casablanca University Hospital , Morocco Sante 10 , **2000**: 419 - 423.
62. **Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL**. Vaginal Birth After Cesarean: A Meta-Analysis Of Morbidity And Mortality And Mortality. *Obstet Gynecol* **1991**; 77: 465-70.
63. **Troyer L.R, Parisi V.M**. Obstetric Parameters Affecting Success In A Trial Of Labor: Designation Of A Scoring System. *Am J Obstet Gyne col* **1992**;167: 4; 1099-104.
64. **Koyuncu ve ark.** Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Yineleyen Sezaryenlerin Maternal-Neonatal Riskinin Karşılaştırması. *Perinatoloji Dergisi*, **1995**;3(1-2): 64-66.
65. **Erdemtok M**. Sezaryen Seksiyo Uygulanan Olguların Çeşitli Parametreler Yönünden İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, **1997**.
66. **Aydın E**. Tıp Etiğine Giriş.1. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık, **2001**.
67. **Osis M.J.D. , Padua K.S. , Duarte G.A**. The Opinion of Brazilian Women Regarding Vajinal Labor And Cesarean Section . *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **2001**: 75 , 59 - 66.
68. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington , D.C. , Public Health Service , US Department of Health and Human Services . *Health People*. **2000**.
69. **Ralp W, Hale MD, Danford D**. Sezaryan Seksiyo , In: Martin L.(ed), Çeviri Edit. Saraçoğlu F., Çağdas Obstetrik Jinekolojik Teshis & Tedavi, Barış Kitabevi, İstanbul: **1994**, 1: 694-709.
70. **Himmetoğlu Ö, Demirtürk F**. Sezaryan Güncel Değerlendirme ve Kabul Edilebilir Sezaryan Oranlarının Sağlanması Yönünde Öneriler. *MNKlinik Bilimler&Doktor*; **2003**: 9(4):516-523.
71. **Gürgüç A**. Sezaryen. İn: Gürgüç A(ed.). Doğum Operasyonları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 389-92.
72. **Schindl M, Birner P, Reingrabner, Joura EA, Husslein, Langer M**. Elective Cesarean Section Vs. Spontaneous Delivery: A Comparative Study Of Birth Experience. *Acta Obstet Gynecol Sca* **2003**; 82:834-840.
73. **Russell P, Biswas M**. Normal Yenidoğanla İlgili Temel Bilgiler, Değerlendirme ve Bakım. Çağdas Obstetrik- Jinekolojik Teşhis-Tedavi. In: Pernoll M. (ed). Ankara: Barış Kitabevi, **1994**.
74. **Artıran İğde F**. Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Sted*, 2004;13(4), 137-140.
75. **Parilla BV** et al. Iatrogenic Respiratory Distress Syndrome Following Elective repeat Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*, **1993**;81(3):392–3.
76. **Rowe-Murray HJ, Fisher JRW**. Baby friendly hospital practices: Cesarean Section Is A Persistent Barrier To Early Initiation Of Breastfeeding. *Birth* **2002**; 29:124-131.

77. **Yıldız C.** Sezaryenle Doğum Deneyiminin Anne-Bebek ve Baba Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **1994**.
78. U . S . Public Health Service Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives . Washington , D.C : U.S . Department of Health and Human Services **1991** . Health People.
79. **Kaser O, Ikle F.A, Davis A ve ark.** Abdominal Histerektomi ve Sezaryen Ameliyatı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları **1987**: 3, 91- 97.
80. **Depp R.** Obstetrics Normal and Problem Pregnancies (4.ed.) . In:Gabbe S., Niebyl J., Simpson J., (eds). Churchill Livingstone Publishing, 2002.
81. **Güngör İ., Gökyıldız Ş., Nahcıvan N.,** Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar . *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 2004;53.
82. **Çavuşoğlu H.** Çocuk Sağlığı Hemşireliği 2. cilt. 4. Baskı. Ankara: **2001**: 333.
83. **Işık A.** Vaginal Doğum Yapmış ve Sezaryen Uygulanmış Annelerin Yenidoğan Bebeklerine İlk Dokunuşları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1990**; 6 (2), 77.
84. **Arslan P, Sevil Ü.** Sezaryenle Doğum Yapmış Annelerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. I.Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Bildirisi. Bildiri Kitabı. Ankara :Palme Yayıncılık, **2003**.
85. **Kara F.** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, **2004**.
86. **Langer B, Schlaeder G.** What Does The Cesarean Rate Mean İn France, 1998 Jan; 27 (1), 62-70.
87. **Valet A, Goerke K, Steller J.** Klinik Muayene Tanı Klavuzu Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2. Baskı, Yüce Yayınları. **1994**.
88. **Puyn U ,Wechselberg K.** Anne ve Çocuk , Kınalıboy E (çev), 5. Basım İstanbul: Remzi Kitabevi, **1989**.
89. Genç Hekimler, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Sezaryen. Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi, Genişletilmiş 5.Baskı. **1996**.
90. **Al-Nobani A.** Sectio Caeserea Vakalarının Artış Nedenleri ve Endikasyonlarının İncelenmesi. Yayımlanmış Doktora Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi, İstanbul, **1993**.
91. **Rock J, Jones H.** The Linde's Operative Gynecology (9.ed)Lippincott Williams and Wilkins Publishing. **2003**: 103-104.
92. **Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J.** A Guide To Effective Care İn Pregnancy And Childbirth. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Pres, **1995**.
93. **Flamm B.L., Newman L.A., Thomas S.J.,** Vajinal Birth After Cesarean Delivery: Results Of A 5 Year Multicenter Collaborative Study. *Obstetry Gynecology et.al.***1990**: 76, 750.
94. **Wing D.A., Paul R.H.,** Vajinal Birth After Cesarean Section: Selection and Management. *Clin Obstetric Gynecology* **1999**: 42 , 835.

95. **Batisini M.**, Cerrahi Obstetrik In: Beck W. (ed) Çeviri Edit. Uçar A. Kadın Hastalıkları ve Doğum. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **1998**: 183-187.
96. National Institutes of Health, the Cesarean Birth Task Force. Cesarean childbirth. NIH publication ni. 82-2067. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health, **1981**.
97. **Shiono PH, Fielden JG, McNellis D, Rhoads GG, Pears WH.** Recent Trends In Cesarean Births And Trials Of Labor Rates In The United States. JAMA **1987**; 257: 494-7.
98. **Eglinton GS, Phelan JP, Yeh S, Diaz FP, Wallace TM, Paul RH.** Outcome Of A Trial Of Labor After Prior Cesarean Delivery. J Reprod Med **1984**; 29: 3-8.
99. **Whiteside DC, Mahan CS, Cook JC.** Factors associated with succesful vaginal delivery. J Reprod Med **1983**; 28: 785-8.
100. **Martins ME.** Vaginal birth after cesarean delivery. Clin Perinatol **1996**; 23: 141-53.
101. **Akçay T ve ark.** Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Güvenilirliği, T Klin Jinekoloj Obst , **2001**:11.
102. **Güner H.** Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi. Güneş Kitabevi, Ankara, **2005**: 1549-1571.
103. **Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, Devoto E, Schulkin J:** Cesarean Delivery On Maternal Request. Obstetric Gynecol **2007**;109; 57-66.
104. **Convey DL et al:** Elective Delivery Of Infants With Macrosomia In Diabetic Women: Reduced Shoulder Dystocia Versus Increased Cesarean Deliveries. Am J Obstet Gynecol **1998** :178:922-5.
105. **Bektaş E,** Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercih ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması. Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2008**.
106. **Pedro A.** Effects of Obstetrician Characteristics on Cesarean Delivery Rates: A Community Hospital Experience. Am J Obstet Gynecol **1999**, 1364 – 1372.
107. **Zeteroğlu Ş, Şahin G, Sürücü R.** Sezaryen Operasyonlarında Fetal Kesici Yaralanmalar , Perinatoloji Dergisi , Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A . D. Van **2003**:11(1 – 2 ), 33 - 36.
108. **Küçük M, Sönmez S, Akın I. ve ark.** Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler. **1992**: 3(2), 49 - 52.
109. **Reis E, Kumpınar F, Çakmak B. ve ark.** Sezaryen Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, **2005**.
110. **Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcıvan N.** Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, **2004**;53.
111. **Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C., et al.** Few women wish to be delivered by caesarean delivery. BJOG, **2002**.;109(6):618-23.
112. **Konakçı S.K, Kılıç B.** İzmir’de Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler. Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji, **2004**;14, 88-95.
113. **Husslein P.** (2)Elective Caesarean Section Versus Vajinal Delivery. Whither the end of Traditional Obstetrics, **2001**;4: 169-174.



- 114.Gözükara F.** Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara, **2006**.
- 115.Gould J.B, Davey B, Stanford R.S.** Socioeconomic Differences in Rates of Cesarean Section, **1989**;233: 321.
- 116. Avcı K, Pala K.** Bursa İl Merkezi'ndeki Hastanelerde Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Doğum Oranları Ve Bunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. 9. Halk Sağlığı Günleri, GATA. 3-6 Kasım **2004**;522.
- 117.Arslan H, Demirci N, Doğan Y. ve ark.** Sezaryen Doğumların Seçiminde Etkili Faktörler. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Ankara. Kongre Kitabı, **2003**;247.
- 118.Park C.S, Yeoum S.G, Choi E.S.** Study of Subjectivity in the Perception of Cesarean Birth, Nursing and Health Sciences, **2005**;3-8.
- 119.Yasar Ö, Sahin FK, Coşar E, Cevrioğlu AS:** Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. J Gynecol Obstet , **2007**;17:414-420.
- 120.Erdoğan E.** İlk Doğumunu Yapan Loğusaların Doğum Sonrası Bakıma İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması, Planlı Eğitimin Bilgi Düzeylerine ve Doğum Sonrası Komplikasyonların Önlenmesine Etkilerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, **1983**.
- 121.Gamble J.A, Creden D.K.** Women's Preference for a Cesarean Section Incidence and Associated Faktors, **2001**; 28(2), 101.
- 122.Çivili D.** Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir, **2005**.
- 123.Sayın C, Berberoglu U,Varol FG.** Sezaryenle Doğum Yapmış Sağlık Personelinde Doğum Sonrası Memnuniyet ve Takip Eden Gebelikte Doğum Şekli Tercihi, *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*, **2004**; 18, 82-88,.
- 124.Aslam M.F, Gilmour, K.R, Fawdry D.S.** Who Wants a Caesarean Section? A Study of Woman's Personel Experience of Vaginal and Caesarean Delivery, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2003**;23(4), 364-66.
- 125.Ryding E.L.** Investigation of 33 Woman Who Demanded a Cesarean Section for Personal Reasons, Acta.Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica, **1993**;72, 280-285
- 126.Tozlu A.** Gebe Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi, 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı, **2003**;204.
- 127.Lee S, Khang,Y, Lee M.** Women's Attitutes Toward Mode of Delivery in South Korea- a Society with High Cesarean Section Rates, **2004**;31, 108-16.
- 128.Hopkins K:** Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver By Cesarean. Soc Sci Med. **2000** Sep; 51(5): 725-40.
- 129.Boran B, Türker A, Ekiz M, DüNDAR Ö.** Sezaryen Oranları: Bizde Ne durumda? *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* , **1999**; 3 , 170-173 .
- 130.Quinlivan J, Peterson R, Nichols C.** Patient Preference The Leading İndication For Elective Cesarean Section İn Public Patients Results Of A 2 Year Prospective Audit İn Teaching Hospital. Aust N Z J Obstet. Gynecol, **1999**;39 (2): 207-14.

- 131.Özkaya O.** Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 Yıllık Doğum Oranları Ve Sezaryen Endikasyonları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp. Fak. Derg.* , **2005**;12(4):36-39.
- 132.Erkaya S, Kutlar İ, Kara F ve ark.** Yükselen Sezaryen Oranlarımızın Nedenleri (1983-1996), MN-Klinik Bilimler&Doktor. **1999**;5(5):674-79.
- 133.Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M.** Sezaryen sonrası vajinal doğumun güvenilirliği. *T Klin Jinekoloj Obst*, **2001**;11:224-227.
- 134.Özgünen T., Evrücke C.** Sezaryen In: Beksaç S.(Eds), Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji. İstanbul,:Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**:1322-1328.
- 135. Has R., SaygılıR.** Doğum Operasyonları, İn: Berkman S., Has R.(eds), İn: Doğum Bilgileri, Nobel Tıp Kitabevi, **2004**: 64-66.
- 136.Küçük M. , Sönmez S. , Akın I., ve ark.** Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler **1992**: 3(2), 49 - 52.
- 137.İnceç M. , Kumtepe Y. , Kadanalı S.** Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum : 5 Yıllık Sonuçlar , Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi , **2004**; 18 (4) , 236 – 240.
- 138.Ovalı Yıldızoğlu İ, Durgun Babadağlı B.** Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Sezaryen ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma İlişkin Bilgileri. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara. Kongre Kitabı. **2002**:206
- 139.Durmuş Z, Ekmekçi S, Orbay G.** Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinde 1985 Yılında Yapılan Sezaryenlerin Analizi.*Kadın Doğum Dergisi* , **1986**; 2 (3), 119 - 122.
- 140.Paul RH, Phelan JP, Yeh S.** Trial of Labor in the Patient With a Prior Cesarean Birth **1985**:151, 297.
- 141.Raynor B.D.** The Experience With Vaginal Birth After Cesarean Delivery in a Small Rural Community Practice. *Am J Obstet Gynecol* **1993**;168, 60 - 62.
- 142.Aygen E, Başbuğ M.** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 1985 - 1996 Yıllarındaki Sezaryen Oranları. *Erciyes Tıp Dergisi* , **1996**;18( 3-4), 175 - 179.
- 143.Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S.** Do Italian Mothers Prefer Cesarean Delivery? *Birth*, **2003**;30(2):89-93.

## 8. EKLER

### EK-I ANKET FORMU

Bu araştırma sezaryen ve normal doğum yapmış annelerde doğum tercihleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Anket formundaki sorulara verdiğiniz cevaplar hiçbir şekilde aleyhinize kullanılmayacaktır. Araştırmanın sonucu sezaryen ve normal doğum tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi için yapılan çalışmalara katkı sağlanması için kullanılacaktır.

Katıldığımız için teşekkür ederiz.

Anket No:

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar Değil b) Okur-Yazar c) İlköğretim d) Lise e) Üniversite ve +

3. Mesleğiniz nedir?

a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Emekli f) Diğer

4. Eşinizin yaşı:

5. Eşinizin mesleği nedir?

a) Serbest b) Memur c) İşçi d) Emekli e) İşsiz f) Diğer

6. Sosyal güvenceniz nedir?

a) Var b) Yok

7. Aile tipiniz;

a) Geniş aile b) Çekirdek aile c) Diğer

8. Aylık gelirin ne kadar?.....

a) Gelir giderden az  
b) Gelir gider aynı  
c) Gelir giderden fazla

9. Gebelik öncesi dönemde saptanmış herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

a) Evet (Açıklayınız).....  
b) Hayır

10. Ailenizde kronik bir hastalığı olan var mı?

a) Hayır  
b) Evet Cevabınız evetse nedir?.....

11. Bu gebeliğinizde kontrole gittiniz mi?

a) Evet b) Hayır

12. Kontrole kaç defa kontrole gittiniz?

- a) Her ay düzenli gittim                      b)1-2 kez                      c) 3-4 kez                      d) Hiç gitmedim

13. Kim tarafından izleniyorsunuz?

- a) Ebe                      b)Hemşire                      c) Doktor

14. Gebelik öykünüz nedir?

Gravida=                      Para=                      Abortus=                      Yaşayan=

15.İnfertilite tedavisi gördünüz mü?(Kaç yıl)

- a) Evet.....                      b) Hayır

16. . Daha önceki gebeliğinizde doğum şekliniz nedir?

- a)Normal Doğum                      b) Sezaryen Doğum

17. Daha önceki doğumunuzda olumsuz deneyimler yaşadınız mı?

- a) Evet(Açıklayınız).....  
b) Hayır

18.Gebelikte kontroller sırasında size normal ve sezaryen doğum hakkında bilgi verildi mi?

19.Gebelikte hangi konular hakkında eğitim aldınız?

20. Bu gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?

- a)Normal Doğum                      b) Sezaryen Doğum

21. Bu gebeliğinizin nasıl sonuçlanacağına kim karar verdi?

- a)Doktor  
b)Ebe  
c)Kendim  
d)Çevrem (Açıklarmısınız).....

22.Normal doğum yapma nedenleriniz:

- -  
-  
-

23. Sezaryen doğum yapma nedenleriniz:

- 
- 
- 
- 

24. Yakınlarınızdan normal doğumla problem yasayan oldu mu?

- a)Hayır                      b)Evet.....

25. Yakınlarınızdan sezaryen doğumla ilgili problem yasayan oldu mu?

- a)Hayır                      b)Evet

26. Sezaryen doğumdan sonra hasta uygunsuzsa normal doğum yapabilir

- a)Yanlış                      b)Doğru                      c)Bilgin yok

27. Bu doğum tercihi sadece size bırakılsaydı (hiçbir zorunluluk durumu olmadan) hangi şekilde doğum yapmayı tercih ederiniz?

- a)Normal doğum                      b)Sezaryen doğum

28. Bir sonraki doğum şeklinin ne olmasını isterdiniz?

- a)Normal doğum                      b)Sezaryen doğum

29. Gebelik öncesi gebeliğe hazırlık için eğitim aldınız mı? Açıklayınız.....



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :B.30.2.MEÜ.0.20.73.01/1843  
Konu :Etik Kurul Çalışmasının Onayı

..18..05..2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ:09.04.2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.A1.19.00/20 sayılı yazınız.

İlgi yazıyla gönderilen, Sağlık Yüksekokulu öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Nazife AKAN tarafından yürütülmesi planlanan çalışmaya ilişkin, Etik Kurul Başkanlığımızın 06.05.2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.20.05.04/101 sayılı yazısı ve Kurul Kararı ektedir

Bilgilerinizi rica ederim.

G. Uinaylı  
Prof.Dr.Güliz İKİZOĞLU  
Dekan

Ek: 1-Yazı (1 sayfa)  
2-Kurul Kararı (1 sayfa)  
3-Onay Formu (1 adet )

15..05/2009 Memur S.ERDOĞAN  
18..05/2009 Fak.Sekr. S.CANER

Form No: DKN-FR-02

Form Yay. Tarihi: 13.03.2004

Form Rev. Tarihi: 31.03.2006

Form Rev. No: 01



T.C.  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : B.30.2.MEÜ.0.20.05.04/101  
Konu : Etik Kurul Çalışmasının Onayı

06.12.2009

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

**İLGİ:** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 09/04/2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.A1.19.00/20 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Nazife AKAN'ın sorumlu araştırmacısı olduğu "**Kadımların Sezaryan ve Normal Doğum Yapma Nedenlerinin Değerlendirilmesi**" isimli çalışmasına ilişkin, 17.04.2009 tarih ve 2009/51-04 sayılı Etik Kurul Kararı ve Onay Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Orhan SEZGİN  
Etik Kurul Başkanı

Ek:1-Kurul Kararı (1 sayfa)  
2-Onay Formu (1 sayfa)

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	Kadınların Sezaryan ve Normal Doğum Yapma nedenlerin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd.Doç.Dr.Nazife AKAN
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	MEÜ.Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	
	FAZİ	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input type="checkbox"/> Tek Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No :
	Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu öğretim üyesi Doç.Dr.Nazife AKAN'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan yukarıda başvuru bilgileri verilen çok merkezli araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın genel amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına Kurulumuz kararının sorumlu araştırmacı tarafından koordinatör merkeze / Sağlık Bakanlığı Etik Kuruluna ar. toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLER

ÇALIŞMA ESASI		İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KLAVUZU						
ÜYELER		Ünvanı/Adı /Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet i	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
		Prof.Dr. Orhan SEZGİN	İç Hastalıkları Gastroenteroloji	ME.Ü.T.F. İç Hastalıkları.A.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H	
		Prof.Dr.İlter UZEL	Deontoloji	Ç.Ü.T.F. Deontoloji.A.D.	E	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Prof.Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık Farmakoloji	ME.Ü.Ecz.F Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Prof.Dr.Ali KAYA	Enfeksiyon Hastalıkları	ME.Ü.T.F. Enfeksiyon AD.	E	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr.Gülçin ESKANDARI	Biyokimya	ME.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr. Kemal YAZICI	Psikiyatri	ME.Ü.T.F. Psikiyatri A.D.	E	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr. Nursel GAMSIZ BİLGİN	Adli Tıp	ME.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	K	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr.Musa DİRLİK	Genel Cerrahi	ME.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr. Leyla ÇİNEL	Patoloji	ME.Ü.T.F. Patoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr.Murat BOZLU	Üroloji	ME.Ü.T.F. Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr.Kıymet BAZ	Dermatoloji	ME.Ü.T.F. Dermatoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Doç.Dr.Nejat YILMAZ	Histoloji ve Embriyoloji	ME.Ü.T.F. Hist. ve Emb. AD	E	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	
		Yrd.Doç.Dr. İsmail ÜN	Farmakoloji	ME.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H	
		Yrd.Doç.Dr.Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	ME.Ü.T.F. Biyoistatistik.	K	<input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H	

\* Araştırma ile ilişki

\*\* Toplantıda Bulunma

Form Rev.



**T.C.**  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ETİK KURUL KARARLARI**

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
17.04.2009	04	2009/51

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Nazife AKAN'ın yürütücüsü olduğu Etik Kurul çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Nazife AKAN'ın yürütücüsü olduğu "Kadınların Sezaryan ve Normal Doğum Yapma Nedenlerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışmasına onay verilmesine ve konunun gereği için Dekanlık Makamına arzına oy birliği ile karar verildi.

(İmza)  
Prof.Dr.Orhan SEZGİN  
(Katılmadı)  
Prof.Dr.İlter UZEL  
(Katılmadı)  
Prof.Dr. Bahar TUNÇTAN  
(Katılmadı)  
Prof.Dr. Ali KAYA  
(İmza)  
Doç.Dr.Gülçin ESKANDARI  
(Katılmadı)  
Doç.Dr.Kemal YAZICI  
(İmza)  
Doç.Dr. Nursel G.BİLGİN

(İmza)  
Doç.Dr.Musa DİRLİK  
(İmza)  
Doç.Dr.Leyla CİNEL  
(İmza)  
Doç.Dr.Murat BOZLU  
(İmza)  
Doç.Dr.Kıymet BAZ  
(Katılmadı)  
Doç.Dr.Nejat YILMAZ  
(İmza)  
Yrd.Doç.Dr.İsmail ÜN  
(İmza)  
Yrd.Doç.Dr.Bahar TAŞDELEN

**ASLI GİBİDİR**



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1978 yılında Aksaray'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Mersin'in Silifke ilçesinde tamamladıktan sonra, 1996 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Koleji'nden hemşire olarak mezun olmuştur. Aynı yıl Ankara Üniversitesi Kalp Merkezi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde göreve başlamış ve 4 yıl burada hemşire olarak çalışmıştır. 2000 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Reanimasyon Ünitesi'nde çalışmaya başlamış aynı zamanda lisans eğitimine devam etmiştir. Reanimasyon Ünitesinde 5 yıl servis hemşireliği ve servis sorumlu hemşireliği yapmıştır. Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümünü 2004 yılında tamamlamıştır. Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğünde 2004 yılında süpervizör olarak göreve başlamış ve 3 yıl süre ile süpervizörlük yapmıştır. 2005 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2007-2009 yılları arası Hemşirelik Hizmetleri Koordinatör Yardımcısı olarak çalışmıştır. Eylül 2009 tarihinden itibaren aynı kurumda ameliyathane hemşiresi olarak görev yapmaktadır.