



**DENİZLİ HONAZ İLÇESİ 2009 YILI DOĞUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ, SEZARYEN SIKLIĞI VE BUNA ETKİLİ
ETMENLER**

Belkız KILLI

**Haziran 2011
DENİZLİ**

**DENİZLİ HONAZ İLÇESİ 2009 YILI DOĞUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ, SEZARYEN SIKLIĞI VE BUNA ETKİLİ
ETMENLER**

**Pamukkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**


Belkız KILLI

Danışman: Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI


**Haziran, 2011
DENİZLİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Belkız KILLI tarafından, Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI yönetiminde hazırlanan “Denizli Honaz İlçesi 2009 Yılı Doğumlarının Değerlendirilmesi, Sezaryen Sıklığı ve Buna Etkili Etmenler” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI
Jüri Üyesi (Danışman)


Doç. Dr. Türkan GÜNAY
Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 4/8/11 tarih ve 11/11-2 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Doç. Dr. A. Çevik TÜFAN
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza :
Öğrencinin Adı Soyadı : Belkız KILLI

TEŞEKKÜR

Tez süresince huzurlu çalışma ortamında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve tez çalışmamda bana yol gösteren danışman hocam **Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI**'ya, sonsuz şükranlarımı sunarım. Yüksek Lisans Eğitimim boyunca göstermiş oldukları ilgi ve yardımlar ile dağarcığıma ekledikleri yeni bilgiler için Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı bölüm başkanımız **Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT**'a, bana emeği geçen **Doç. Dr. Ahmet ERGİN**'e, **Doç. Dr. Mehmet ZENCİR**'e, ve Halk Sağlığı asistan arkadaşlara teşekkür etmeyi borç bilirim. Veri toplama aşamasında bizden desteklerini esirgemeyen Honaz Sağlık Grup Başkanı **Dr. Zeki APAYDIN**'a, Honaz Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Birimi çalışanlarına ve her zaman yanımda olan **Mukaddes Nüseybe SÖYLEMEZO** arkadaşşıma teşekkür ederim.

Son olarak; Yüksek Lisans Eğitimim boyunca beni bu zorlu yolda yalnız bırakmayan ve desteklerini hiç esirgemeyen sevgili aileme ve nişanlıma sonsuz teşekkür ederim.

Belkız KILLI

ÖZET

DENİZLİ HONAZ İLÇESİ 2009 YILI DOĞUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, SEZARYEN SIKLIĞI VE BUNA ETKİLİ ETMENLER

KILLI, Belkız

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı ABD

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI

Haziran 2011, 83 sayfa

Amaç: Denizli Honaz ilçesinde 2009 yılında meydana gelen doğumları değerlendirmek, sezaryen doğumların sıklığını ve doğumların sezaryen ile gerçekleşmesine yol açan etmenleri belirlemek.

Yöntem: Denizli Honaz İlçesinde 2009 yılında yapılan kesitsel tipteki bu araştırmada toplam doğum yapan 487 kadının 413'üne (%84,8) ulaşılmıştır. Veriler, anket yöntemi ile toplanmış olup; anket, bağımlı değişkenimiz doğum şekli ve özellikle sezaryenin yanında bağımsız değişken olarak kadının ve ailenin Sosyo-demografik özelliklerini, kadının üreme sağlığı özelliklerini ve bebekle ilgili bazı bilgileri içeren 44 sorudan oluşmaktadır. Anket formu çalışmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuş olup; veri analizinde ortalama, standart sapma, frekans ki-kare, student t testi, fisher exact testi ve yates düzeltmesi analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Sezaryen sıklığı %49,6 olup; çözümlene sonuçlarına göre annenin yaşı, çalışıyor olması, öğrenim durumu, ailenin aylık geliri, sağlık güvencesi, aile tipi, ilk evlenme ve ilk doğum yaşı, canlı doğum sayısı, gebeliğin izlenme durumu, doğum yapıldığı yer ve doğum saati, doğum tercihi, önceki doğum şekli, doğum yöntemleri hakkındaki bilgilendirilen yer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda sezaryen ile doğum sıklığı Türkiye verilerinin üzerindedir. Sezaryen oranlarındaki artışın belirleyicileri olarak Sosyo-demografik özellikler, jinekolojik özellikler, sağlık hizmeti sunucularının (hekim, ebe, hemşire) tutumu ve doğumun yapıldığı sağlık kuruluşu gösterilebilir.

Sezaryen ile doğum, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığının önerilerinin üzerinde olup; bu konuda gerekli önlemlerin alınması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen doğum, normal doğum, sezaryene etkili etmenler.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF THE BIRTHS OF 2009 IN HONAZ, DENİZLİ AND RATE OF CAESAREAN AND DETERMINANTS

KILLI, Belkız

M. Sc. Thesis in Public Health

Supervisor: Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI

June 2011, 83 pages

Objective: To evaluate the births in Honaz of Denizli in 2009, the rate of caesarean and to find the determinants leading to births with caesarean.

Method: In this cross-sectional study that performed in Honaz, Denizli in 2009 was reached 413 of 487 women who gave birth (84,8% percent). Datas were collected by means of questionnaire. Dependent variable is birth type and especially with caesarean ,independent variable is socio-demographic characteristics. Datas includes 44 questions related to woman reproduction, health features, and infant characteristics. The questionnaire was applied by interviewer by means of face to face interviews. In analysis of datas; arithmetic average, standart deviation, frequency, ki-kare, student t test, fisher exact test and yates correction analyses were used.

Results: The frequency of caesarean is 49,6 percent. According to results of analysis, age of women, her occupation, monthly income of family, insurance, family type, first marriage, first birth age, rate of live birth, control of pregnancy, place of birth, hour of birth, women's birth preference, previous birth type, place that was informed about the birth were founded meaningful ($p < 0,05$).

Conclusion: In our study frequency of caesarean is higher than the rates of Turkey. The determinants of increasing rate of caesarean are socio-demographic characteristics, gynecological features, the behaviors of health care servers (doctor, midwife, nurse) and delivered health institutions.

Caesarean section is higher than WHO and Ministry of Health suggest; necessary precautions should be taken.

Keywords: Caesarean section, birth, cause of caesarean section.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAY SAYFASI	i
BİLİMSEL ETİK SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Tanım	2
1.2. Tarihçe	2
1.3. Terminoloji	3
1.3.1. Gravida, Parite	3
1.3.2. Habitus	4
1.3.3. Situs	4
1.3.4. Positio	4
1.3.5. Presentatio	4
1.4. Normal Doğum Tanımı	4
1.5. Doğum Operasyonları	5
1.5.1. Epizyotomi	5
1.5.2. Forseps Uygulaması	5
1.5.3. Vakum Ekstraksiyonu	6
1.6. Sezaryen	7
1.6.1. Tanım	7
1.6.2. Tarihçe	7
1.6.3. Sezaryen Sıklığı	8
1.6.4. Sezaryen Yaygınlığının Artışındaki Nedenler	10
1.6.5. Sezaryen Endikasyonları	12

	Sayfa
1.6.5.1. Fetal Endikasyonlar.....	12
1.6.5.2. Maternal Endikasyonlar.....	14
1.6.5.3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar.....	15
1.6.5.4. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar.....	15
1.6.6. Kontrendikasyonlar.....	16
1.6.7. Teknik.....	16
1.6.8. Komplikasyonlar.....	17
1.6.9. Anestezi Teknikleri.....	17
1.7. Araştırmanın Amacı.....	18
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
2.1. Araştırmanın Konusu.....	19
2.2. Araştırmanın Tipi ve Zamanı.....	19
2.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Tanım ve Ölçütleri.....	19
2.4. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	23
2.5. Araştırmanın Yöntemi.....	25
2.5.1. Araştırmanın Evreni.....	25
2.5.2. Veri Toplama ve Değerlendirme Tekniği.....	25
2.6. Anket Ön Denemesi.....	26
2.7. Araştırma İle İlgili İzinler.....	26
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
2.9. Araştırmanın Etik Sorunları.....	26
2.10. Araştırmanın Bütçesi.....	26
3. BULGULAR.....	27
4. TARTIŞMA.....	58
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
5.1. Sonuçlar.....	69
5.2. Öneriler.....	69
KAYNAKLAR.....	71

	Sayfa
EKLER.....	78
Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	79
Ek 2. Araştırma İzin Belgesi.....	82
ÖZGEÇMİŞ.....	83

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 3.1 Kadınların Doğum Şekli Dağılımı Grafiği.....	36
Şekil 3.5.1 Bebeklerin Cinsiyet Dağılım Grafiği.....	56

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1.1 Uluslar Arası Sezaryen Oranları (WHO Report 2005).....	9
Tablo 3.1 Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı	28
Tablo 3.2 Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları İş, Toplam Aylık Gelirleri, Aile Tipi ve Sağlık Güvencesi Dağılımı.....	30
Tablo 3.3 Kadınların Gebelik Durumları ve İki Gebelik Arasındaki Süre	31
Tablo 3.4 Kadınların Yaş Gruplarına Göre İlk Evlenme ve Doğum Yaşları.....	31
Tablo 3.5 Kadınların Yaşayan Çocuk, Canlı Doğum ve Gravida Sayıları Dağılımı	32
Tablo 3.6 Kadınların Ölen Çocuk, Küretaj, Ölü Doğum ve Abortus Sayıları Dağılımı.....	32
Tablo 3.7 Kadınların Gebeliklerinde İzlendikleri Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 3.8 Kadınların Doğumları ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	34
Tablo 3.9 Kadınların Kronik Hastalıkları, Gebeliklerindeki Hastalık Öyküsü ve Zararlı Alışkanlıkları Dağılımı	35
Tablo 3.10 Sezaryen Doğumların Nedeni ve Endikasyonu, Bir Önceki Doğum Şekli, Önceki Gebeliği Sezaryen Doğumların Nedenleri Dağılımı.....	37
Tablo 3.11 Kadınların Doğumla ilgili Tercihlerinin Dağılımı	38
Tablo 3.12 Hastane Dosyalarından Alınan Sezaryen Endikasyonu Dağılımı.....	38
Tablo 3.13 Kadınların Gebeliklerini Planlama Durumları ve Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumlarının Dağılımı	39
Tablo 3.14 Uygulanan Anestezi Tekniği Dağılımı	39
Tablo 3.15 Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme Durumu ve Bilgiye Ulaşılan Yerlerin Dağılımı	40
Tablo 3.16 Kadınların Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Doğum Şekli.....	41

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3.17 Kadınların ve Eşlerinin Öğrenim Düzeylerine Göre Doğum Şekli.....	42
Tablo 3.18 Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları İş, Aylık Gelir, Aile Tipleri ve Kadının Sağlık Güvence Durumlarına Göre Doğum Şekli	44
Tablo 3.19 Kadınların İlk Evlilik ve İlk Doğum Yaşına Göre Doğum Şekli	45
Tablo 3.20 Kadınların Gebelik, Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayısı Ortalamalarına Göre Doğum Şekli	46
Tablo 3.21 Kadınların Son Doğumlarından Önceki Ölen Çocuk, Abortus, Kürtaj ve Ölü Doğum Durumuna Göre Doğum Şekli	46
Tablo 3.22 Kadınların Doğum Aralıklarına Göre Doğum Şekli	47
Tablo 3.23 Kadınların Gebeliklerinde İzledikleri Sağlık Kuruluşuna Göre Doğum Şekli.....	47
Tablo 3.24 Kadınların Gebeliklerinde İzlem Yeri ve Sayısına Göre Doğum Şekli	48
Tablo 3.25 Kadınların Doğumlarını Yaptıkları Yere Göre Doğum Şekli	48
Tablo 3.26 Doğumu Yaptıran Hekime Cinsiyetine Göre Doğum Şekli	49
Tablo 3.27 Kadınların Doğum Yaptıkları Zamana Göre Doğum Şekli	49
Tablo 3.28 Kadınların Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Doğum Şekli.....	50
Tablo 3.29 Kadınların Gebelikte Geçirilen Hastalık Öyküsüne Göre Doğum Şekli	51
Tablo 3.30 Kadınların Gebelikte Zararlı alışkanlıklarından Sigara Kullanımı Durumuna Göre Doğum Şekli	51
Tablo 3.31 Kadınların Önceki Doğum Şekline, Doğum Tercihlerine ve Bir Sonraki Doğum Tercihlerine Göre Doğum Şekli	52
Tablo 3.32 Kadınların Gebeliklerini İsteme ve Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumlarına Göre Doğum Şekli	53
Tablo 3.33 Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme ve Bilgiye Ulaştıkları Yere Göre Doğum Şekli	54

	Sayfa
Tablo 3.34 Bebeklerin Cinsiyet, ve Doğum Kilolarına Göre Doğum Şekli.....	55
Tablo 3.35 Doğum Şekline Göre Kadınların Bebeklerini İlk Emzirme Zamanı.....	55
Tablo 3.36 Bebeklerin Cinsiyeti, Gestasyonel Yaşı, Doğum Kiloları, Hastalık Durumları ve ilk Anne Sütünü Alma Durumları Dağılımı.....	57

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASB	Aile Sağlığı Birimi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
Max.	Maximum
Min.	Minimum
OR	Olasılıklar Oranı
Ort.	Ortalama
SB	Sağlık Bakanlığı
SD	Standart sapma
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum insan neslinin devamı için tek yoldur. Bu bakımdan önemi tartışmasız çok büyüktür. Tüm ülkeler bunun bilincinde olarak konuya gereken önemi vermeye çalışmaktadırlar.

Modern obstetrik'in en önemli amacının kısaca 'sağlıklı anne ve sağlıklı fetüs' olduğu kabul edilebilir. Bu durumdan yola çıkarak anne ve bebek için doğum şeklinin önemi oldukça büyüktür. Doğum hekiminin ve sağlık personelinin amacı ve onlardan beklenen, anne ve çocuk için en iyi olan şekliyle doğumu gerçekleştirmektir.

Normal doğum, uzun zamandır bütün memeli varlıkların soylarını devam ettirmekte kullandıkları yöntemdir. En önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır (Gül 2008).

Sezaryen, son yıllarda sıkça tercih edilen bir doğum şekli olması dolayısıyla endikasyonları, komplikasyonları, anne ve bebek açısından getirdikleri ve götördükleri çok iyi bilinmesi gereken bir konu haline gelmiştir. Anne adayının doğum korkusu, ilk kez anne olma yaşının yukarılara kayması, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi kadınların sezaryeni tercih etmesine neden olmuş, hekimlerin çoğu da bu isteği olumlu karşılamıştır. Ancak gerek maternal morbiditeyi artırması, gerekse maliyetinin yüksek oluşu sezaryenin uygun endikasyon varlığında yapılması gereğini ortaya çıkarmıştır. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda 1960'lı yıllarda %5 olan sezaryen oranının günümüzde %50'lere ulaştığı belirtilmektedir (Flamm vd., 1990). Son yıllarda ülkemizde de sezaryen ile doğum hızı gittikçe artmaktadır. Bazı merkezlerde 1983-2001 yılları arasında %6'dan %30'lara kadar yükselmiştir (I.Koc 2003). Dünya Sağlık Örgütü de sezaryen ile doğum hızlarının %15'ten az olması gerektiğini bildirmektedir (WHO 1985).

Normal doğum veya sezaryen doğum; her ikisi de masum değildir. Her iki yöntemin de olumlu ve olumsuz yönleri vardır.

1.1. TANIM

Doğum, fetüsün ve eklerinin anneden tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır. Bu olayın doğum olarak kabul edilebilmesi için fetüsün, 500 gram veya 25 cm veya 20 hafta üzerinde olması gereklidir (Cunningham vd. 2001). Dünya Sağlık Örgütü 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de DOĞUM tanımlamasını getirmiştir (WHO 1969). Diğer bir açıdan bakıldığında doğum, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır. Doğum vaginal veya abdominal yolla olabilir (Demir vd. 2001).

1.2. Tarihçe

Obstetri ve jinekolojinin tarihi insanlık tarihi kadar eskiye dayanır. Geçmiş zamanların obstetriye bakışını konsepsiyon ve doğumun etrafındaki batıl inançlar belirlemekteydi. Bu kadar eski bir tarihe sahip olmalarına karşın, doğum ve kadın üreme sistemi hastalıklarının morbiditesi ve mortalitesi üzerine etkili gelişmeler son 200 yıl içerisinde ortaya çıkmıştır. Daha önceleri özellikle obstetri alanındaki girişimler annenin hayatını kurtarmak amacıyla ölü fetüsleri parçalamaya yönelik müdahaleler ile sınırlıydı. Romalılar zamanında skalpel, dilatör, vajinal spekulum, dekapitatör ve kraniyoklast kullanılmaktaydı. Kraniyoklastın kullanım amacı baş pelvis uygunsuzluğunda ölü fetüsün doğmasını sağlamak için fetusun başını parçalamaktı. Sonraki iki milenyumda doğuma yardım konusunda çok az ilerleme kaydedilmiştir (Speert 1994). Forseps 1600 yılında İngiltere’de Peter Chamberlen tarafından geliştirilmiş, ama sıkıca saklanan aile sırrı olarak yaklaşık 100 yıl gizli kalmıştır (Speert 1994). Forsepsin yayınlanmış ilk tarifi 1733 yılında yapılmıştır. 1924 yılında Edmund Piper, makat gelişte sonradan gelen başa uygulamak için ve traksiyondan çok başın fleksiyonunu sağlamak amacıyla yönelik forseps geliştirmiştir (Speert 1994). Simpson vakum ekstraksiyonu fikrini 1840’da ortaya atmıştır ve o günden günümüze kadar fetal saçlı deriye emme kuvveti ile bir traksiyon cihazı iliştiirmek için sayısız girişimde bulunulmuştur (Speert 1994). Obstetri ve jinekolojinin hiçbir bölümü abdominal doğum kadar asılsız hikaye kaynağı olmamıştır. İşlemin adı bile tarihi bir tartışmaya yol açmıştır. Gençlik dönemlerinde annesinin hayatta olması Sezar’ın kesinlikle bu yöntemle doğmadığını göstermektedir. Romalılar zamanında bu yöntem ölen veya

ölmek üzere olan gebelerde kullanılmaktaydı. Pompilius kanunlarına (M.Ö. 715-672) geç gebelik döneminde ölen tüm kadınlara insizyonel doğum yaptırılması hükmü getirilmişti. Bu hüküm, Sezar döneminde Sezar Kanunları olarak bilinen Lex Regia'ya eklenmiştir (Speert 1994). Sezaryen ismine yönelik bir başka alternatif de, sezaryen kelimesinin Latince kesmek anlamına gelen caedere kelimesinden üretilmiş olabileceğidir. Literatürde, o zamanlara ait anne ve çocuğun da yaşadığı başarılı sezaryen doğum raporları mevcuttur, ancak bunların çoğu işlemin gerçekleştirildiği tarihten çok sonraları yazılan raporlardır. Sezaryen uygulanan kadınların çoğu kan kaybından veya postpartum peritonitten ölmüşlerdir (Speert 1994). 1500'de bir hayvan bakıcısı olan Nuf'er'in doğumda sıkıntıya düşen karısına sezaryen uygulanmış ve anne ile çocuk yaşamışlardır. Kayda alınmış olan bu girişim canlı bir kadında hekim dışı bir kişinin başarı ile gerçekleştirdiği ilk onaylanmış vakadır. 1769'da Lebas tarafından kesilen uterusu dikiş atılmış ve bu gelişme sezaryendeki yüksek mortaliteyi düşürebilmiştir. Gariptir ki bu kavram daha sonra terkedilmiş ve 1817'de, Barlow İngiltere'de uterus yarasına dikiş koyan ikinci kişi olmuştur. 1800'lü yılların sonlarında Edward Porro (1842-1902), sezaryen sonrası yapılan supraservikal histerektomiye tarif eden ve Porro operasyonu olarak bilinen sezaryeni gerçekleştirmiştir (Speert 1994). Bu uygulamada teori, postpartum enfeksiyonun baş sorumlusu olarak doğumdan sonra bırakılan uterusu dayanıyordu. 1908'de Pfannenstiel uterin serozayı keserek mesaneyi uzaklaştırmış ve sadece bir anne ölümü ile 33 olgu bildirilmiştir. 1926'da Kerr açıklığı yukarı bakan hilal şeklinde alt segment insizyonunu önermiştir. Bugün Kerr tekniği en çok uygulanan uterus kesi tipidir (Speert 1994). Anestezi, antibiyotik ve kan ürünlerindeki gelişmeler ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan operatif işlemlerden biri halini almıştır (De Charney vd. 2003).

1.3. Terminoloji

1.3.1. Gravida, Parite

Gravida gebelik sayısını, parite ise doğum sayısını ifade eder. Gravida, abortus, mol, ektopik gebelik dahil olmak üzere tüm gebelikleri kapsar. Nulligravida şimdiye kadar hiç gebe kalmamış kadındır. Nullipara ise gebeliğini hiçbir zaman 20 haftanın ötesine götürememiş kadındır. Pariteyi belirleyen doğurtulmuş olan fetusların sayısı değil viabiliteye ulaşan gebeliklerin sayısıdır. Diğer bir ifade ile parite tek, ikiz, üçüz doğum

olmasına bağlı olarak artmaz veya fetusların ölü doğmuş olmalarına bakarak azalmaz (Crowley 2003).

1.3.2. Habitus

Burada fetusun başının kolumna vertebralis ile olan ilişkisi vurgulanır. En sık görülen habitus fleksiyon habitusudur (Crowley 2003).

1.3.3. Situs

Fetusun kolumna vertebralis ile annenin kolumna vertebralis arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılır. Her iki eksen birbirine paralel ise situs longitudinalis, dik ise situs transversus, aralarında açılma var ise situs obliquus olarak isimlendirilir (Crowley 2003).

1.3.4. Positio

Çocuk sırtının uterus içerisinde hangi tarafta olduğunu, aynı zamanda da kılavuz noktanın pelvisin dört kadranı veya maternal pelvisin transvers çapı ile olan ilişkisini gösterir (Crowley 2003).

1.3.5. Presentatio

Fetusun pelvis girimine en yakın olan kısmını tanımlar. En sık görülen prezentasyon şekli baştır (Crowley 2003).

1.4. Normal Doğum

Doğum, fetusun ve eklerinin anneden tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır. Bu olayın doğum olarak kabul edilebilmesi için fetusun, 500 gram veya 25 cm veya 20 hafta üzerinde olması gereklidir (Demir 2001).

1.5. Doğum Operasyonları

1.5.1. Epizyotomi

Çocuğun çıkımını kolaylaştırmak için introitus vaginada yapılan kesidir. Epizyotomi ile doğurtulan kadınlarda sistosel, rektosel, uterin prolapsus ve stres inkontinans sayısında azalma olduğu söylenmekteyken, son zamanlarda epizyotominin sağladığı avantajlar tartışılmaya başlanmıştır. Hatta epizyotominin perinede doku hasarını arttırdığı iddia edilmektedir (Caroli vd. 2000). Bu nedenle her doğumda rutin uygulamak yerine gerçekten gerekli olduğu durumlarda tercih edilmelidir.

1.5.2. Forseps Uygulaması

Obstetrik forseps uygulaması fetusun doğum kanalına yerleştiği en uygun yerden introitusa doğru çekilmesi için kullanılır (Ballantyne 1902). Son yıllarda özellikle pelvis giriminde ve orta pelviste forseps uygulamaları yerini sezaryene bırakmıştır (Cunningham vd. 2001). Forseps uygulamasındaki bu azalmada eğitim eksikliği kadar bu doğum yardımının oluşturduğu yasal sakıncalar da etkili olmuştur.

Forseps Uygulanması İçin:

- Kollum tam dilate olmalıdır,
- Gelen kısım verteks olmalıdır, Makat gelişlerde arkadan gelen başa forseps uygulanabilir,
- Verteks angaje olmalıdır,
- Amnion kesesi açılmış olmalıdır,
- Baş pelvis uygunsuzluğu olmamalıdır,
- Yeterli analjezi sağlanmalıdır,
- Mesane boş olmalıdır.

Forseps Uygulaması Endikasyonları:

- Anne sağlığı nedeniyle doğumun ikinci evresinin kısaltılması gereken durumlar (kalp hastalığı, akciğer hastalığı),

- Doğumun ikinci evresinde gelişen fetal distres,
- Malrotasyon,
- Annenin doğuma kooperere olamadığı durumlar (eklampsi, epilepsi),
- Sınırdan baş pelvis uygunsuzluğu.

Forseps Uygulamasının Komplikasyonları:

a) Anneye Ait Komplikasyonlar:

- Perine, vagina ve serviks lacerasyonlarında artma ve buna bağlı olarak postpartum hemoraji sıklığında artış,
- Rektovaginal fistül gelişimi,
- Rektosel, sistosel ve prolapsus gelişimi,
- Enfeksiyon gelişimi.

b) Fetusa Ait Komplikasyonlar:

- Fetal kafa derisi ve yüzde lacerasyonlar,
- Fasial sinir paralizi,
- Brakial pleksus hasarı,
- Kafa kemiklerinde kompresyon kırıkları,
- İntrakranial hemorajiler, tentorium kırıkları.

1.5.3. Vakum Ekstraksiyonu

Vakum aleti vakumlamayı sağlayan bir cihaz, hortum ve çan olmak üzere 3 kısımdan meydana gelir (Nwosu vd. 1966).

Vakum ekstraksiyonunun forseps uygulamasından şu farkları vardır:

- Vakum ile fetal başa rotasyon yaptırılamaz,
- Traksiyon gücü forsepsden daha azdır,
- Daha az yer kaplar,
- Dilatasyonun tam olmasına gerek yoktur. 7-9 cm açıklıkta dahi uygulanabilir.

Endikasyonları forseps ile aynıdır.

Vakum ekstraksiyonunun uygulanması için şu şartlar gereklidir:

- Baş geliş olmalıdır,
- Sefalopelvik uygunsuzluk olmamalıdır,
- Amnion kesesi açık olmalıdır,
- Fetus canlı olmalıdır,
- Mesane boş olmalıdır.

Vakum Ekstraksiyonun Komplikasyonları:

- Çan ile fetal baş arasına anneye ait dokular girmesi ile oluşan lacerasyonlar,
- Fetusta skalp yaralanmaları,
- Sefal hematom,
- İntrakranial hemoraji,
- Retina kanaması.

Vakum ekstraksiyonu annede doğum kanalında daha az travmaya neden olmakla beraber fetal morbidite açısından vakum ile forseps arasında bir fark gözlenmemiştir (Mognelli vd. 1996, Chervenak vd. 1996).

1.6. Sezaryen

1.6.1.Tanım

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (Cunningham vd. 2001).

1.6.2. Tarihçe

Sezaryen teriminin kaynağı hala bilinmemekle beraber bununla ilgili üç ayrı açıklama ileri sürülmüştür. Bunlardan ilki Julius Caesar'ın bu şekilde doğduğudur. Ancak Caesar'ın annesinin o imparator olduğunda hala yaşıyor olması ve böyle bir operasyonun 17. yüzyıl sonlarına kadar daima fatal olduğunun bilinmesi bu açıklamanın doğru olmadığını kanıtlamaktadır. İkinci açıklama Orta Çağda Latince bir fiil olan caedere'nin kesmek manasına geldiği ve sezaryenin bu kökten türediği şeklindedir. Üçüncü açıklama ise Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen

kadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin önce “lex regia” daha sonra “lex caesarea” olarak adlandırıldığı Şeklinde (Cunningham vd. 2001), De Cherney vd. 2003, Gilstrap vd. 2002). Sezaryende dönüm noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşandı. Daha öncesinde hasta kanama ya da sepsisten ölmekteyken sütür konulması mortaliteyi azalttı (Cunningham vd. 2001). 1876'da Porro subtotal sezaryen histerektomiye servikal güdüğün marsupiyalizasyonu ile birleştirdi. Böylece maternal mortalite dramatik şekilde azaldı (Cunningham vd. 2001).

1912'de Krönig aşağı uterus segmentinde vertikal insizyon ile transperitoneal yaklaşımı ortaya attı. 1926'da Kerr yukarı doğru uzanan hilal şeklinde uterus insizyonunu önerdi. Bugün Kerr tekniği en çok uygulanan sezaryen tipidir. Antibiyotik tedavisinin ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan majör operatif işlemlerden biri haline gelmiştir (De Cherney vd. 2003).

1.6.3. Sezaryen Sıklığı

1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı %5'lerden %20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrardan artmıştır. Bu oranlar ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de sezaryen sıklığı genel olarak tüm dünyada artış göstermiştir (Dölen vd. 2004, Gabbe vd. 2002, Cunningham vd. 2001, De Cherney 2003, Gilstrap vd. 2002). Optimal sezaryen hızı, altına inildiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği kabul edilen rakamdır, World Health Organization ve Healthy People 2000 U.S tarafından %15 olarak benimsenmiştir.

Tablo 1.1 Uluslararası Sezaryen Oranları (WHO Report 2005)

Ülke	Yıl	%
İngiltere	2000	21,3
İrlanda	2000	19,0
ABD	2000	23,0
Danimarka	2001	18,0
Norveç	2001	16,0
Brezilya	1998	36,0
Çekoslovakya	2002	14,0
İsviçre	2002	10,0
Finlandiya	2002	16,0
Portekiz	2001	30,0
İtalya	1999	32,0
Hollanda	2002	14,0
Mısır	2000	11,0
Kenya	2003	4,0
Türkiye	2003	21,0
Türkiye	2008	36,7

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), sezaryen hızı 2004'te %29'a yükselmiştir (Druzin vd. 2006), bu yüksek oranlar doktorların yanı sıra sigorta şirketlerini, ekonomistleri, idarecileri harekete geçirmiş, sezaryen hızlarının düşürülmesi için sağlık politikaları oluşturulmuş, ancak sezaryen oranı istenilen rakamlara indirilememiştir. ABD 1995 yılında 2000 yılı için primer sezaryende hedefledikleri hızı %12, geçirilmiş sezaryenlerde ise hedefi %3 olarak belirlese de bu rakamlara ulaşamamıştır (Paul vd. 1995).

Türkiye'de, TNSA 1998 verilerine göre, sezaryen oranı %14 iken, bu oran 2003 TNSA verilerine göre %21'e yükselmiştir, 2008 TNSA verilerine göre ise %36,7'ye yükselmiştir.

Amerika Obstetrik ve jinekoloji '(ACOG)in sezaryen doğum hızları üzerinde çalışan özel hizmet birimi (2000), ABD yönelik olarak 2010 yılı için iki kıstas önermiştir (Cunningham vd. 2001):

1-Tek ve sefalik prezantasyonu olan 37 hafta veya üzerindeki nulliplarlarda %15,5 sezaryen doğum hızı,

2-Tek ve sefalik prezantasyonu olan ve daha önce alt transvers sezaryen olmuş 37 hafta veya üzerindeki kadınlarda %37 sezaryen sonrası vajinal doğum hızı.

Son yıllarda ABD sezaryen sonrası vajinal doğum oranlarında gerileme olmuştur. Sezaryen sonrası vajinal doğum oranı 1996'da %28,3 iken bu oran 2003'te %10,6'ya düşmüştür. 1996'ya göre %63'lük bir gerileme olmuştur (Lydon-Rochella 2006).

1.6.4. Sezaryen Yaygınlığının Artışındaki Nedenler

Gerçek sezaryen endikasyonları dışında, dünyada ve Türkiye'de sezaryen oranlarındaki artış nedenleri olarak, çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artışı (Heffner, Eklin vd. 2003), üremeye yardımcı tekniklerin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış gösterilmektedir. Ayrıca sezaryenin bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancı sezaryen tercihinde etkilidir (Gamble vd. 2001, Park vd. 2005). Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere ilişkin çalışmalarda, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması gibi faktörlerden söz edilmektedir (Boran vd. 1999, Gamble vd. 2001, Turnbull vd. 2004). Gelişmiş ülkelerde epidural analjezi gibi ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte "doğum ağrısından korkma" artık bir sezaryen tercih nedeni olmaktan çıkmaya başlamıştır. Ancak bu gerekçe, normal doğumda analjezi seçeneklerinin çok sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde, halen önemli bir sezaryen tercih nedeni olarak belirtilmektedir (Penna vd. 2003). Karakuş ve Şahin'in çalışmasında (2008) kendi tercihi ile sezaryen ile doğum yapan kadınların %62,1'i ağrı korkusu, %26,4'ü güvenli bulma nedenleri ile seçtiklerini bildirmişlerdir. Bu alanda çalışan hemşire ve ebelere gebelerin sezaryen tercihlerini etkilemede önemli görevler düşmektedir. Yeterince bilgilendirilmiş gebeler, doğum korkusu ile baş etmede daha başarılı olacaktır. Kadınların sezaryen doğum konusundaki bilgileri, deneyimleri ve çevrelerinden duydukları, onların sezaryene bakışını önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin daha önce travmatik doğum deneyimi olan kadınlar, sonraki doğumlarında sezaryeni tercih edebilmektedir. Penna ve Arulkumaran (2003) çalışmasında, kadının doğum tercihi kararında, yaşadığı toplumda sezaryenin "iyi" veya "kötü" olarak değerlendirilmesi ve arkadaşlarının etkisinin önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir.

(Penna vd. 2003). Clement (2001) 'in çalışmasında, "doğal ve normal bir doğum" beklentisinde olmanın, kadının sezaryenin olumsuz değerlendirmesinde, "sezaryeni modern yaşamın ve teknolojinin bir simgesi" olarak görmenin ise olumlu değerlendirmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde, Hollandalı kadınların çoğunluğunun doğumu doğal bir süreç olarak görmelerinin ve normal doğumu destekleyen tutumlarının bu ülkedeki sezaryen oranının düşük kalmasında (%8.5-11) etkili bir faktör olduğu ifade edilmektedir. Kadınların sezaryen tercihini etkileyebilen nedenlerden bir diğeri kadın-doğum doktorlarının etkisidir. Literatürde sık belirtilen faktörlerden biri doktorların kişisel görüşlerini kadınlara yansıtarak onların sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olmasıdır (Hopkins vd. 2006, Penna vd. 2003, Lo 2003). Doktorların, sezaryeni tercih nedenleri ise, maddi yönden kazanç sağlaması, doğumun daha kısa sürede gerçekleşmesi, Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) uygulamalarının yetersizliği ve elektif vakalardaki artış, hatalı tıbbi uygulamalar sonucunda dava edilebilme korkusu, doğumda risk almak istememeleri olarak belirtilmektedir (Boran vd. 1999, Hopkins vd. 2006, Tatar vd. 2000, Osis vd. 2000, Önderoğlu, vd. 1999). Bunlara ek olarak, yenidoğanı doğum travmasından koruyacağı ve normal doğuma bağlı olarak riski artan pelvik relaksasyon ve üriner inkontinanstaki koruyacağı inancı da önemli nedenler arasındadır. Ayrıca yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı ile artan çoğul gebelikler de sezaryen endikasyonlarını arttırmaktadır (Currie vd. 2002, Hopkins vd. 2006, Koufmann vd. 2001, Gamble vd. 2001, Penn vd. 2001). Avustralya'da artan sezaryen oranlarının nedenlerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmaya göre, katılımcılar sezaryenin, doğum için kolay yol olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca medyanın sezaryenin normal doğuma göre daha iyi bir seçenek olduğu yönünde görüş oluşturduğu düşünülmektedir (Walker 2004). Ülkemizde gebelerin ve sağlık hizmeti sunucularının normal doğuma ilişkin tutum ve yaklaşımlarını açıklamaya yönelik kalitatif araştırmalara gereksinim vardır.

Son yıllarda dünyada, kadınların perinatal dönemde alacakları bakım ve tedavi konularında kararlara katılım ve seçim yapma haklarını destekleyen kadın-aile merkezli yaklaşımın benimsenmesiyle birlikte kadınların sezaryen doğum talebinde bulunma hakları olup olmaması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (Robson 2001). Kadınların sezaryen doğum isteme hakkı olması tıbbi, yasal, etik ve ekonomik yönden incelenmiş ancak ortak bir karara varılamamıştır. Bu gibi durumlarda doktorun öncelikle kadın ve ailesine ayrıntılı bir danışmanlık vermesi ve kadının tercih nedenlerini de dikkate alarak

olumlu ve olumsuz yönleriyle birlikte sezaryen kararını tartışması önerilmektedir (Coulson vd. 1999, Penn vd. 2001, Robson 2001). Doğumla ilgili bilgilendirilmiş seçim yapabilmelerini desteklemek amacıyla gebe kadınlara sezaryen hakkında kanıta dayalı bilgi verilmelidir. Kadınların görüşlerini ve kaygılarını dikkate almak, karar alma sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

1.6.5. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen ile doğum genel olarak aşağıda belirtilen durumlarda tercih edilmekle birlikte, bu endikasyonlar kesin olmayıp, olgunun özelliklerine göre doğum şeklinin bireyselleştirileceği, bulunulan koşullara göre karar verilmesi gereken durumlardır.

1. Fetal Endikasyonlar
2. Maternal Endikasyonlar
3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar
4. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar (Doğum ve sezaryen Eylemi yönetim rehberi Ankara, 2010).

1.6.5.1. Fetal Endikasyonlar

Fetal Sıkıntı: 1970'lerde elektronik fetal kalp hızı monitörlerinin gelişmesine bağlı olarak fetal oksijenizasyon ve asid-baz durumu ile fetal kalp hızı paterni arasındaki ilişkiler gündeme geldi. Uteroplental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitörizasyon yapılmasının, aralıklı yapılan kalp hızı oskültasyonuna bir üstünlüğü olmadığına rağmen fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır (Shearer 1993). Ancak sürekli anormal kalp hızı paterni olanlarda yapılmalıdır (De Cherney vd. 2003).

Fetal Prezentasyon Anomalileri:

a. **Makat Prezentasyon:** % 3-4 vakada bebek baş ile değil makat ile gelir. Mutlak sezaryen endikasyonu değildir. Makat doğumlar, sefalik doğumlara göre; doğum travması, perinatal asfiksi, yenidoğan ölümü gibi komplikasyonlarla yakın ilişkilidir.

Vajinal makat doğumların, sezaryen doğum ile karşılaştırıldığında yenidoğan mortalite ve morbiditesini arttırdığı düşünülmektedir (Yıldırım vd. 2006).

b. Diğer Prezantasyon Anomalileri: Transvers, alın, yüz geliş, vb.

Çoğul Gebelikler : Terme ulaşmış ikiz gebeliklerde doğum, tekiz gebeliklerde olduğu gibi vajinal olarak gerçekleştirilmelidir. Ancak gerek prezantasyon anomalileri ve gerekse çoğul gebeliğe bağlı maternofetal komplikasyonlar nedeniyle sezaryen oranlarında artış izlenmektedir. Son yıllarda ovulasyon indüksiyonu, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın olarak kullanımı ile birlikte çoğul gebeliklerin insidansında belirgin bir artış olmuş ve çoğul gebeliklerin oranı %3'lere ulaşmıştır (Venture vd. 1998). Çoğul gebelikler artmış maternal, perinatal mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğundan doğum şekli ve yönetimi önem kazanmaktadır. Perinatal ölümlerin %10-12'sini çoğul gebelikler oluşturmaktadır (Revenis vd. 1999). Fetus sayısı arttıkça fetal ve maternal prognozun kötüleştiği aşikardır. İkiz gebeliklerde mortalite tekiz gebeliklerin 4 katı kadar fazladır. En sık perinatal komplikasyon olan erken doğum eylemine üçüzlerde ikizlere göre 2 kat daha fazla sıklık ile rastlanmaktadır (Dafallah vd. 2006). Bu gebeliklerde prematürite, preeklamsi, hidroamniyoz, plasenta previa, abrupsiyo plasenta ve kord prolapsusu sıklığının yüksek olması mortaliteyi arttırmaktadır (Revenis vd. 1999). Term ikiz gebeliklerde doğum şekli ile prezantasyon ilişkisini inceleyen bir çalışmada, verteksverteks gelişte ikinci bebek için acil sezaryen ihtiyacı doğması halinde (vajinalsezaryen doğum) diğer durumlar arasında en yüksek neonatal mortalite oranı (3,8/1000 canlı doğum) saptanmıştır (Kontopoulos vd. 2004).

Fetal Anomaliler: İri bebek, fetusta lokal büyüme yapan sebepler (hidrosefali, geniş abdomen) ve diğer anormallikler sezaryen endikasyonu olabilmektedir.

Miad Aşımı: 42 hafta aşılmasına rağmen eylem başlamamışsa sürmatürasyondan bahsedilir. Postmatürite sendromu gelişip gelişmediği önemlidir.

Rh uygunsuzluğu: Ağır formlarında hidrops gelişebilir (De Cherney vd. 2003).

1.6.5.2. Maternal Endikasyonlar

Geçirilmiş Sezaryen: Klasik vertikal insizyon yapılan 1916'larda ortaya atılan "Bir defa sezaryen, hep sezaryen" kavramı, Kerr transvers insizyonunun kullanılmaya başlanması ile ve yapılan çalışmalarda uygun vakaların güvenli bir şekilde vajinal doğum yaptırılabilceğinin gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiş gözükmektedir (Cunningham vd. 2001). Eğer kontrendikasyon yoksa ve önceki sezaryen endikasyonu kalıcı değilse sonraki doğumda vajinal doğum denenmelidir. Geniş çok merkezli çalışmalar, sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun; uygun hasta seçimiyle % 60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermiştir. Sezaryen sonrası vajinal doğum için uygun adayların; bir veya iki aşağı transvers sezaryen geçirmiş olması, klinik olarak uygun pelvis yapısına sahip olması, başka uterus skarı veya rüptürü olmaması gerekirken, hekimin aktif eylem sırasında monitorizasyon ve gerektiğinde acil sezaryen yapma imkanının olması, acil sezaryen için anestezi ve personelin hazır olması da gerekmektedir. Aşağı transvers insizyonu olan hastalar bir sonraki gebelikleri sırasında semptomatik skar ayrılması riskini diğer insizyonlara oranla daha az taşımaktadırlar. Ayrıca geçirilmiş sezaryen sayısı azaldıkça uterus rüptür riski de azalmaktadır. Daha önceki sezaryenleri makat geliş ya da fetal distres nedeniyle yapılan hastalar distosi nedeniyle yapılanlara göre daha başarılı vajinal doğum yapmaktadırlar (Cunningham vd. 2001). Sezaryenden önce veya sonra geçirilmiş vajinal doğumlar da yapılacak vajinal doğumu kolaylaştırmaktadır (Cunningham vd. 2001). Elektif sterilizasyon sezaryen için bir endikasyon teşkil etmemektedir. Çünkü postpartum tüp ligasyonunun morbiditesi daha azdır. Sezaryen sonrası vajinal doğum denenecek hastalara oksitosin veya prostaglandin verilirken çok dikkatli olmalı ve yakın monitorizasyon yapılmalıdır. Elektif mükerrer sezaryen yapılacak hastalarda da doğum zamanını iyi belirlemeli fetal matüriteden emin olunmalıdır. Emin olunamadığı durumlarda spontan eylemin başlanması beklenmelidir. Aksi takdirde iyatrojenik prematüriteye neden olunabilir (Cunningham vd. 2001).

Sistemik Hastalıklar: Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon (HT), gebeliğe bağlı hipertansiyon vb. annenin sistemik hastalıkları sezaryen sebebi olabilir.

Yumuşak Doğum Yolu ile İlgili Sebepler: Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon,

koterizasyon ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkânsız kılabilir (De Cherney vd. 2003).

1.6.5.3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar

Baş-Pelvis Uyumsuzluğu: Baş-Pelvis uyumsuzluğu ifadesi; fetal baş ve maternal pelvis şeklinin (üç boyutlu) normal vajinal yolla doğuma olanak sağlamadığı, doğum eyleminin bu nedenle tıkanıp durumlarda kullanılır. Bu uyumsuzlukların çoğu fetal başın malpozisyonundan kaynaklanmaktadır (asinklitizm, hiperekstansiyon vb.) (Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, 2010).

Uzamış Eylem: Distosi 4 farklı anomalinin tek tek veya kombinasyon halinde görülmesi ile oluşur;

1. İtici güçlerdeki anormallik; Serviksin dilate olması veya silinmesine yetmeyecek şiddetteki uterin kontraksiyonlar (uterin disfonksiyon) veya doğumun ikinci aşamasında yetersiz istemli kas eforu.

2. Maternal kemik pelvis anormallikleri; Pelvik kontraksiyon

3. Fetus gelişim, pozisyon veya prezentasyon anormallikleri

4. Fetusun ilerlemesine engel teşkil eden, ürogenital sistem yumuşak doku anormallikleri (Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, 2010).

Fetal Makrozomi : Fetusun doğum ağırlığının 4000 gr ve üzerinde olmasıdır (sıklığı:%9). Fetal makrozomi maternal (postpartum hemoraji, anal sfinkter laserasyonu, postpartum enfeksiyon) ve fetal morbidite (uzamış eylem, artmış müdahaleli doğum olasılığı, omuz distosisi, brakial pleksus zedelenmesi, mekonyum aspirasyonu, fetal mortalite) oranlarını yükseltir (Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, 2010).

1.6.5.4. Umblikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar

Kordon Sarkması: Göbek kordonu doğum kanalında, fetusun gelen kısmının altında uzanır. Membranlar açıldıktan sonra göbek kordonu vajinada görülür.

Plasenta Previa: Plasenta previa, plasentanın serviks üzerine veya yakınına implante olmasıdır. Plasenta previa gebeliklerin %0.3-0.5'inde görülür.

Ablasyo Plasenta: Bebek henüz doğmadan plasentada ayrılma sürecinin başlamasına ablatio placenta denir. Ablasyo plasenta doğumların yaklaşık %1'inde görülür.

Vasa Previa: Bebeğe uzanan kordon damarları amnios zarı üzerinden dallanmasıdır (Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, 2010).

1.6.6. Kontrendikasyonlar

En önemli kontrendikasyonu uygun bir endikasyonunun olmayışıdır. Karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetus, uygun koşulların bulunmayışı da diğer kontrendikasyonları oluşturur (De Cherney vd. 2003).

1.6.7. Teknik

1. Klasik sezaryen,
2. Aşağı transvers sezaryen,
3. Ekstraperitoneal sezaryen.

Bugün klasik sezaryen; sadece plasenta previa, bebeğin transvers duruşu ya da prematür doğumlar için tercih edilmektedir (De Cherney vd. 2003).

Aşağı transvers; sezaryende insizyon simfizinin 2-3 cm üzerinden yapılır (De Cherney vd. 2003).

Ekstraperitoneal sezaryen; 20.yüzyılın ilk yıllarında enfekte uteruslu gebeliklerde kullanılmıştı. Ancak etkili antimikrobiyal ajanların kullanılmasıyla bu tip sezaryene gerek kalmadı (Cunningham vd. 2001). Bebek doğurtulduktan hemen sonra oksitosin infüzyonuna başlanmalıdır. Plasentanın kendiliğinden ayrılmasını beklemek post-operatif enfeksiyon riskini azaltmak açısından önemlidir (Cunningham vd. 2001).

1.6.8. Komplikasyonlar

Sezaryen major cerrahi gelişim olduğu için herhangi bir abdominal operasyonda görünebilecek tüm komplikasyonlar görülebilir. Hiç mortalite görülmeyen büyük seriler yanında 1/1000 mortalite hızı olan seriler de vardır. Ancak bu mortalitenin büyük bölümü operasyondan çok sezaryen gerektiren durumlara ve anesteziye aittir (Cunningham vd. 2001). Yanlış cerrahi teknik veya anestezi, hemostazın sağlanamaması, yetersiz kan replasmanı, enfeksiyon tedavisinin doğru olmayışı veya yanlış grup kan transfüzyonu mortalitenin en önemli nedenlerindedir. Sezaryende maternal morbiditede vaginal doğuma göre belirgin derecede artmıştır. Mesane zedelenmesi, üreter zedelenmesi, endomyometrit, yara enfeksiyonu, transfüzyon komplikasyonları, kanama, tromboemboli, respiratuar komplikasyonlar diğer sezaryen komplikasyonlarıdır. Morbidite şişman kadınlarda daha fazladır. Hastanede kalış süresi ve ücreti de sezaryende artmıştır. Sonraki gebeliklerde uterus skar rüptürü klasik insizyonda %4–9, aşağı transvers insizyonda %0,2–1,5'tir. Komplike olmayan bir multiparda vaginal doğum mükerrer elektif sezaryene göre bebek için daha az tehlikelidir. İatrojenik prematüre elektif sezaryenlerin hala önemli bir sorunudur. Yeni doğanda sezaryene bağlı solunum problemlerinin daha fazla görüldüğü de bilinmektedir (Cunningham vd. 2001).

1.6.9. Anestezi Teknikleri

Sezaryen ameliyatlarında başlıca iki anestezi yöntemi uygulanabilir (Morgan vd. 2004):

1. Genel Anestezi
2. Rejyonel Anestezi
 - Spinal Anestezi,
 - Epidural Anestezi ve
 - Kombine Spinal-Epidural Anestezi.

1.Genel Anestezi

İndüksiyonun hızlı olması nedeniyle, fetal distres, kordon sarkması, plasenta previa veya kol gelişi gibi zamana karşı yarışılan durumlarda ve rejyonel anestezi kontrendikasyonlarından birinin varlığında genel anestezi uygulaması üstünlük kazanır. Genel anestezi aynı zamanda makat prezentasyonu, transvers geliş ve çoğul gebelikler yanında, gerekli ve yeterli uterus gevşekliğini sağlaması nedeniyle de tercih edilmektedir. Fetus ve yeni doğanın anesteziden mümkün olduğunca az etkilenmesi için anestezi indüksiyonu ile doğum arasındaki süre kısa olmalıdır (Morgan vd. 2004, King vd. 1993).

2. Rejyonel Anestezi

Sezaryen ameliyatlarında rejyonel anestezinin genel anesteziye göre avantajları arasında annenin uyanık olması, doğum anını yaşaması ve anne ile bebeğin erken temasının sağlanması, maternal aspirasyon riskinin ve gebeliğe bağlı entübasyon güçlüğü riskinin azalması, yeni doğanda genel anestezi ajanlarına bağlı ilaç depresyonu riskinin önlenmesi, postoperatif analjezi, erken mobilizasyon ve bebeğin anne sütü ile erken beslenmesi sayılabilir (Erdine 2005, Sener vd. 2003).

1.7. Araştırmanın Amacı

1. Doğumları değerlendirmek, sezaryen sıklığını ve etkili etmenleri saptamak.
2. Kadınların doğum yöntemleri hakkında bilgi ve tutumlarını saptamak,
3. Ana çocuk sağlığı ile ilgili daha sonra yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmak.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Konusu

Denizli Honaz ilçesi 2009 yılı doğumlarının değerlendirilmesi, sezaryen sıklığı ve buna etkili etmenler.

2.2. Araştırmanın Tipi ve Zamanı

Denizli Honaz ilçesinde 1 Ocak- 31 Aralık 2009 tarihleri arasında meydana gelen tüm canlı doğumlar değerlendirilmiş, verileri analiz edilerek normal ve sezaryen doğumlar karşılaştırılmıştır. Kesitsel tipte bir çalışmadır.

2.3. Araştırmanın Değişkenlerinin Tanım ve Ölçütleri

1. Bağımlı Değişkenin Değerlendirilmesi:

Doğum şekli: Vajinal doğum/sezaryen ile doğum olarak ikili veri şeklinde toplanarak çözümlenmeye alınmıştır.

2. Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi:

2.a. Sosyo–Demografik, Ekonomik Özellikler:

Yaş: Sürekli veri olarak toplandı. Çözümlenmelerde sürekli değişken olarak ve 19 ve altı, 20–34, 35 ve üzeri şeklinde gruplanarak çözümlenmeye alındı.

Boy: Açık uçlu olarak soruldu. 150 cm ve altı, 151 cm ve üzeri olarak çözümlenmeye alındı.

Yaşadığı Yer: İkamet yerlerin isimleri açık uçlu soruldu ve köy ve merkez olarak çözümlenmeye alındı.

Öğrenim Düzeyi: Okur–yazar değil, okur–yazar, ilkokul, ortaokul, lise, yüksek okul bitirme durumuna göre gruplanarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Kadının İş: Ev hanımı, memur, işçi, işveren, ücretsiz aile işçisi ve diğer olarak gruplanarak veri toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Eşin İş: İşçi, memur, işveren, işsiz, çiftçi ve diğer şeklinde gruplanarak veri toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Ailenin Doğumun Gerçekleştiği Zamanki Aylık Geliri: Sürekli veri olarak toplandı. 2009 yılındaki asgari ücret esas alınarak (496,54 TL) asgari ücret ve altı, 497-1000 TL ve 1000 TL ve üzeri olarak gruplandırıldı ve çözümlenmeye alındı.

Aile Tipi: Çekirdek aile ve geniş aile olarak veriler toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Sağlık Güvencesi: Sağlık güvencesi yok, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Yeşil Kart, Bağ-Kur ve özel sigorta şeklinde gruplanmış veri olarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

2.b. Doğurganlık ve Gebelikle İlgili Özellikleri:

Şimdiki Gebelik Durumu: Var/yok şeklinde toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Toplam Gebelik Sayısı, Doğum Sayısı, Yaşayan Çocuk Sayısı: Açık uçlu olarak soruldu. Çözümlenmeye alınırken 1-2, 3-4, 5 ve üzeri gebelik şeklinde veriye dönüştürüldü ve ortalamaları da alındı.

Abortus, Ölü Doğum, Küretaj, Ölen Çocuk Sayısı: Açık uçlu olarak soruldu. Yok/var şeklinde ikili veriye dönüştürülerek çözümlenmeye alındı.

Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi: Yıl olarak sürekli değişken veri şeklinde toplandı. 2 yıldan az ve 2 yıldan çok şeklinde çözümlenmeye alındı.

Kadının Kronik Hastalık Durumu: Var/yok şeklinde toplandı. Var cevabı verenlerden hastalıklarının ne olduğu soruldu ve çözümlenmeye alındı.

Kadının Gebelikte Sorun Yaşama Durumu: Gebelikte risk faktörü olarak görülen diyabet, hipertansiyon, ödem, proteinürü, gebelik zehirlenmesi ve diğer hastalıklarının olup olmadığı soruldu. Çözümlenmeye alınırken gebelikte sorunu var/yok olarak ele alındı ve hastalıkların tamamı çözümlenmeye alındı.

Gebelikte Zararlı Alışkanlığı: Yok, sigara, alkol ve diğer olarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Gebeliklerini Planlama Durumları: Evet/ hayır şeklinde toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumu: Kendiliğinden, tüp bebek, aşılama ile ve diğer şeklinde toplandı. Kendiliğinden ve müdahale sonucu (tüp bebek, aşılama birleştirildi) olarak çözümlenmeye alındı.

2.c. Doğum Öncesi Bakım Alma ve Bilgilendirilme Durumu:

İzlem Sayısı: DÖB aldığını belirten kadınlara aldıkları toplam DÖB sayısı açık uçlu olarak soruldu. Hatırlamayan kişiler için 'hangi haftalarda, aylarda kontrole gitmişsiniz?' sorusu ile hatırlamalarına yardımcı olundu. Hangi sağlık kurumundan kaç kez bakım aldıklarını belirtmeleri istendi. 3 ve altı izlem, 4-7 izlem ve 8 ve üzeri olarak çözümlenmeye alındı.

DÖB Hizmetinin Alındığı Yerler: Aile hekimliği, Devlet hastanesi, Özel sektör, üniversite, Üniversite hastaneleri, özel doktor, ebe, hemşire ve diğer seçenekleri ile gruplanarak veri elde edildi. Bir kişi birden fazla seçenek belirtebildi.

Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme Durumları:

Bilgilendirildi/bilgilendirilmedi şeklinde veriler toplandı. Bilgilendirilenlerin bu bilgiye nereden ulaştıkları soruldu.

2.d. Doğuma İlişkin Değişkenler:

Doğumun Gerçekleştiği Saat: Sürekli veri olarak toplandı. 08:00–17:00 saatleri çalışma saatleri, bu saatler dışında kalan zaman çalışma saati dışı kabul edilerek veri ikili veri şekline dönüştürülerek çözümlenmeye alındı.

Doğum Yapılan Yer: Doğum yapılan yerin açık adının belirtilmesi istendi. Devlet hastanesi, özel hastane, üniversite hastanesi, ev olarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Doğumu Yaptıran Kişi: Hekim, ebe ve diğer şeklinde toplandı ve çözümlenmeye alındı. Hekim yaptırdıysa hekimin cinsiyeti soruldu.

Bir Önceki Doğumun Şekli: Daha önce doğum yok, vajinal doğum, sezaryen ile doğum şeklinde veriler toplandı ve çözümlenmeye alındı. Önceki doğumu sezaryen olan kadınların sezaryen nedenleri soruldu. Kendi isteği, eşinin isteği, ailedeki diğer fertlerin isteğiyle, doktor önerdi, normal doğum beklendi ama olmadı ve diğer olarak gruplanmış veri şeklinde toplandı. Bir kişi birden fazla seçenek belirtebildi.

Doğum Sezaryen ile Gerçekleşmiş İse Nedeni: Kendi isteği, eşinin isteği, ailedeki diğer fertlerin isteğiyle, doktor önerdi, normal doğum beklendi ama olmadı ve diğer olarak gruplanmış veri şeklinde toplandı. Bir kişi birden fazla seçenek belirtebildi ve hastane dosyalarından sezaryen endikasyonları alınarak çözümlenmeye alındı.

Doğum Tercih ve Bir Sonraki Doğum Tercih: Normal ve sezaryen doğum olarak alındı ve çözümlenmeye alındı.

Sezaryen Doğumlara Uygulanan Anestezi Şekli: Uygulanmadı, genel, spinal, epidural olarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

2.e. Bebeğe İlişkin Değişkenler:

Bebeğin Cinsiyeti: Erkek / Kız şeklinde ikili veri olarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Doğum Ağırlığı: Gram cinsinden sürekli veri şeklinde toplandı. Daha sonra düşük doğum ağırlığı (2500 gram altı), normal doğum ağırlığı (2500 ve 4000 gram), iri bebek (4001 gram ve üstü) şeklinde gruplanmış veri olarak çözümlenmeye alındı.

Doğumdaki Gebelik Haftası: Beklenen doğum tarihi üzerinden doğum gerçekleştiği zamanki gebelik haftası soruldu. Biten gebelik haftasına göre 36 hafta ve altı, 37 hafta ve üstü şeklinde ikili veriye dönüştürülerek çözümlenmeye alındı.

Doğum Sonrası Bebekte Sağlık Sorunu Varlığı: Açık uçlu olarak soruldu. Yanıt evet ise sağlık sorununun ne olduğu soruldu. Çözümlenmeye alınırken evet/hayır şeklinde ikili veri olarak ele alındı.

Doğumsal Anomali Varlığı: Kadınlara bebeklerinde doğuştan gelen herhangi bir hastalık ya da sakatlık olup olmadığı soruldu. Var yanıtı alındığında açık uçlu olarak anomalinin ne olduğu soruldu. Çözümlenmeye alınırken var/yok şeklinde ikili veri olarak ele alındı.

Bebeğin İlk Anne Sütünü Alma Durumu: Hemen, anne anesteziden uyanınca, 6 saat ve üzeri diliminde ve almadı olarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

2.4. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma Denizli ili Honaz ilçesinde yapılmıştır. Denizli Honaz ilçesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nın Eğitim, Araştırma ve Uygulama bölgesidir.

Honaz ilçesi, Denizli'ye bağlıdır. Denizli-Ankara karayolu üzerinde, Denizli'ye 24 km. uzaklıktadır. Honaz, yüzölçümü 504 km²'dir. Nüfusu 30.931'dir. Honaz Merkezinde ayrıca Honaz Devlet Hastanesi bulunmaktadır. Honaz ilçesinde 2009 yılı 487 doğum, 499 canlı doğum gerçekleşmiştir. İlçeye 1'i merkez olmak üzere 3 belediye, 12 köy bağlıdır. Bunlar; Honaz İlçe Merkezi, Kaklık Belediyesi, Kocabaş Belediyesi,

Köyleri; Karaçay, Kızılyer, Akbaş, Aşağıdağdere, Aydınlar, Dereçiftlik, Emirazizli, Gürlek, Karateke, Mentеше, Ovacık, Sapaca, Yokuşbaşı ve Yukarıdağdere'dir.

A) Honaz Aile Sağlığı Merkezi

1 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Karateke b) Ovacık

2 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Mentеше b) Emirazizli

3 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Kızılyer

4 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Aydınlar b) A.Karaçay

B) Kocabaş Aile Sağlığı Merkezi

1 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Gürlek

2 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Dereçiftlik

C) Kaklık Aile Sağlığı Merkezi

1 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Yokuşbaşı b) Sabanca c) Alikurt

2 No'lu Aile Sağlığı Birimi

- a) Akbaş b) Aşağı Dağdere c) Yukarı Dağdere

2.5. Araştırmanın Yöntemi

2.5.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini 2009 yılı Honaz ilçesinde doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. 2009 yılı Honaz ilçesinde 487 doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların %84,8'ine (413) ulaşılmıştır. Ulaşılamayan % 15,2 (74) kadının 13'ü Honaz ilçesinden göç ettiği için, diğer 61 kadına en az iki kez gidildiği halde adreslerinde olmadığı için ulaşılamamıştır. Doğum yapan kadınların ad-soyad, adresleri ve telefon numaraları ASM'lerden alındıktan sonra bu kadınlarla yüz yüze anket çalışması yapılmıştır. Kadınlara ulaşılamadığında bilgiler evdeki diğer aile bireylerinden (eş, kayınvalide, görümce) alınmıştır. Araştırmaya evrenin tamamı dahil edilmiştir.

2.5.2. Veri Toplama ve Değerlendirme Tekniği

Araştırmanın verileri, literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan (Ek 1'de) anket kullanılarak toplanmıştır.

Anketteki sorular kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, kadınların jinekolojik öyküleri, doğumlarıyla ilgili bilgileri, gebelikleriyle ilgili bilgileri, bebekleriyle ilgili bilgileri sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10,0 -17,0 programı ve epi-info programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra ölçümle belirlenen verilerin normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t test; fisher exact testi, yates düzeltmesi kullanıldı. Niteliksel verilerde grupların karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ alınmıştır.

2.6. Anket Ön Denemesi

Anketin işlerliğinin ön değerlendirmesi Denizli/Üçler 4 No'lu TSM'ye bağlı 2009 yılında doğum yapmış 20 kadın üzerinde yapılmıştır.

2.7. Araştırma ile İlgili İzinler

Çalışmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi etik kurulundan onay alındı. Denizli il Sağlık Müdürlüğü, Denizli Devlet Hastanesi, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi ve Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinden sezaryen doğum yapan kadınların dosyalarından sezaryen endikasyonlarını öğrenmek için izin alınmıştır.

2.8. Araştırmanın Uygulanmasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmada en büyük sorun adrese dayalı olduğu için, kadınların tam adresleri TSM ve ASB'lerden temin edilemedi. İşçi olarak çalışan kadınlara çalışma saati içinde ve dışında ulaşmakta zorluklar çekildi. Çalışmadaki bazı mahallelerde yaşayan halkın sosyo-kültürel yapılarının farklı olması nedeni ile veri toplamada zorluk çekildi. Bazı özel hastanelerden kadınların dosyalarına bakılamadığı için sezaryen endikasyonları alınamamıştır.

2.9. Araştırmanın Etik Sorunları

Araştırmaya katılan kişilere araştırmanın adı, amaçları açıklanmış, katılmak istemeyen kişilere herhangi bir zorlamada bulunulmamıştır. Ayrıca toplanan bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı, araştırmaya katılanların kimlikleri, telefon numaraları ve adresleri araştırmacı tarafından gizli tutulacağı belirtilmiştir.

2.10. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri koordinasyonu tarafından karşılanmıştır (2010SBE004).

3. BULGULAR

Çalışma 01 Ocak – 31 Aralık 2009 tarihleri arasında Denizli Honaz ilçesi merkez, belde ve köylerinde doğum yapmış kadınlar üzerinde yapılmıştır. Honaz bölgesinde 2009 yılı toplam doğum sayısı 487'dir, canlı doğum sayısı ise 499'dur. Çalışmada doğum yapan kadınların 413'üne (%84,8) ulaşılabilmektedir. Kadınların 74'üne (%15,2) ulaşılamamıştır. Bunlardan 13'ü Honaz ilçesinden göç ettiği için; diğer 61'i adreslerinde bulunamamıştır.

3.1. Tanımlayıcı Bilgiler

3.1.1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri:

Çalışmaya dâhil edilen kadınların yaşları 16 ile 43 arasında değişmekte olup; yaş ortalamaları $26,9 \pm 5,2$ 'dir. Kadınların 351'i (%85,0) gebelik için en uygun yaş olan 20–34 yaş gurubundadır.

Doğum yapmış kadınların 130'u (%31,5) Honaz merkezde, 114'ü (%27,6) Kocabaş kasabasında, 95'i (%23,0) Kaklık kasabasında yaşamaktadırlar.

Boyları 151 cm ve üzeri olan kadın oranı %87,4 (361)'dür.

Kadınların 10'u (%2,4) yüksek öğrenim mezunu iken; 41'i (%9,9) okula gitmemiştir.

Kadınların eşleri ise 132ü (%3,1) yüksek öğrenim mezunu iken; hiç okuma ve yazma bilmeyen ya da sadece okuryazar olan 18 (%4,4) kişidir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1 Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı

Özellik		Sayı	%
Yaş	19 ve Altı	21	5,1
	20 ve 34 Yaş	351	85,0
	35 ve Üzeri	41	9,9
	Toplam	413	100,0
Boy	150 ve Altı	52	12,6
	151 ve Üzeri	361	87,4
	Toplam	413	100,0
Yaşadığı Yer	İlçe Merkez	130	31,5
	Merkez Köyleri	74	17,9
	Kocabaş Merkez	84	20,3
	Kocabaş Köyleri	30	7,3
	Kaklık Merkez	67	16,2
	Kaklık Köyleri	28	6,8
	Toplam	413	100,0
Öğrenim Düzeyi	Okur -Yazar Değil	22	5,3
	Okur -Yazar	19	4,6
	İlköğretim Mezunu	280	67,8
	Lise ve Dengi Okul Mezunu	82	19,9
	Yüksek okul Mezunu	10	2,4
	Toplam	413	100,0
Eşinin Öğrenim Durumu	Okur -Yazar Değil	6	1,5
	Okur -Yazar	12	2,9
	İlköğretim Mezunu	287	69,5
	Lise ve Dengi Okul Mezunu	95	23,0
	Yüksek Okul	13	3,1
	Toplam	413	100,0

3.1.2. Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları İş, Toplam Aylık Gelirleri, Aile Tipi ve Sağlık Güvencesi Dağılımı:

Çalışmaya katılan doğum yapmış kadınların 344'ü (%83,3) ev hanımı olup; Memur olan 8 (%1,9) kişidir.

Eşlerinin ise; 238'i (%57,6) işçi olarak çalışmaktadırlar. Çiftçi olan 45 (%10,9) kişi, 31'nin (%7,5) ise herhangi bir işi yokken; memur 17 (%4,1) kişidir.

Geliri asgari ücret ve altında olan 234 (%56,7) aile, 1001 TL ve ↑ TL arasında olan 59 (%14,3) aile bulunmaktadır.

Kadınların 315'i (%76,3) çekirdek aile, 98'i (%23,7) geniş aile ortamında yaşamaktadır.

Kadınların 364'ünün (%87,9) sağlık güvencesi var, 49'unun (11,9) yoktur. Bölgenin organize sanayi bölgesi olma özelliği nedeniyle %57,9'u (239) SSK'lıdır (Tablo 3.2).

Tablo 3.2 Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları İş, Toplam Aylık Gelirleri, Aile Tipi ve Sağlık Güvencesi Dağılımı

Özellik		Sayı	%
Kadının İşi	Ev hanımı	344	83,3
	İşçi	28	6,8
	Ücretsiz Aile İşçisi	25	6,1
	Memur	8	1,9
	Yevmiye	8	1,9
	Toplam	413	100,0
Eşinin İşi	İşçi	238	57,7
	Memur	18	4,3
	İşsiz	31	7,6
	Kendi Hesabına Çalışıyor	43	10,4
	Çiftçi	45	11,0
	Yevmiye İşçisi	37	9,0
	Toplam	412*	100,0
Aylık Gelir	496 ve Altı	234	56,7
	497-1000	120	29,1
	1001 ve Üzeri	59	14,3
	Toplam	413	100,0
Aile Tipi	Çekirdek Aile	315	76,3
	Geniş Aile	98	23,7
	Toplam	413	100,0
Kadının Sağlık Güvencesi	SSK	239	58,0
	Bağ-Kur	51	12,5
	Yeşil Kart	56	13,6
	Emekli Sandığı	17	4,1
	Güvencesi Yok	49	11,8
	Toplam	412*	100,0

* Yanıt vermeyen kadın vardır.

3.2. Doğurganlıkla İlgili Özellikler

Kadınların son gebelikleri ile önceki gebelik arasında geçen süre 2 yıldan az olanların oranı %24,7 olup; daha önce gebelik yaşamayan kadın oranı ise %31,7'dir. Kadınların bu gebeliklerinden sonra da %1,9 'u veri toplama sırasında da gebeydiler (Tablo 3.3).

Tablo 3.3 Kadınların Gebelik Durumları ve İki Gebelik Arasındaki Süre

Özellik		Sayı	%
İki Gebelik Arasındaki Süre	2 yıldan az	102	24,7
	2 yıl ve üstü	180	43,6
	Gebeliği Yok	131	31,7
	Toplam	413	100,0
Şimdiki Gebelik Durumları	Var	8	1,9
	Yok	405	98,1
	Toplam	413	100,0

Kadınların ilk evlenme yaşı 13 ile 33 yaşları arasında olup; ilk evlilik yaşı ortalaması $19,9 \pm 3,2$ 'dir. İlk evliliklerini, kadınların 149'u (%36,1) 18 ve altı yaşta yapmışlardır (Tablo 3.4).

Kadınların ilk doğum yaşı 14 ile 38 yaş arasında değişmekte olup; ilk doğum yaşı ortalaması $21,4 \pm 3,6$ 'dır. Kadınların 73'ü (%17,7) ilk doğumlarını doğum için riskli yaş grubu olan 18 ve altı yaş grubunda yapmışlardır (Tablo 3.4).

Tablo 3.4 Kadınların Yaş Gruplarına Göre İlk Evlenme ve Doğum Yaşları

Yaş Grupları	İlk Evlenme Yaşı		İlk Doğum Yaşı	
	Sayı	%	Sayı	%
18 ve Altı	149	36,1	73	17,7
19 ve Üzeri	264	63,9	340	82,3
Toplam	413	100	413	100,0

Kadınların yaşayan çocuk sayıları 1 ile 12 arasında değişmekte olup ortalaması $1,8 \pm 0,9$ dur. Kadınların 332'sinin (%80,4) 1-2 yaşayan çocuğu, 4'ünün (%1) 5 ve üzeri yaşayan çocuğu vardır (Tablo 3.5).

Kadınların gebelik sayıları 1 ile 12 arasında değişmekte olup; ortalaması $2,2 \pm 1,3$ 'tür. Kadınların 271'i (%65,6) 1-2 gebelik yaşamış, 5 ve üzeri gebelik yaşamıştır (Tablo 3.5).

Kadınların canlı doğum sayıları 1 ile 12 arasında değişmekte olup; ortalaması $1,9 \pm 0,9$ 'dur. Kadınların 329'u (%79,7) 1-2 canlı doğum yapmış, 5 ve üzeri canlı doğum yapmıştır (Tablo 3.5).

Tablo 3.5 Kadınların Yaşayan Çocuk, Canlı Doğum ve Gebelik Sayıları Dağılımı

Doğurganlık (özellik) Sayıları	Yaşayan Çocuk		Gravida		Canlı Doğum Sayısı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2	332	80,4	271	65,6	329	79,7
3-4	77	18,6	121	29,3	80	19,3
5 ve ↑	4	1,0	21	5,1	4	1,0
Toplam	413	100,0	413	100,0	413	100,0

Kadınların %3,6'sının 1 ve daha fazla ölen çocuğu olup; %1,9'unun ölü doğumu, %10,4'ünün küretajı, %14,0'ının abortusu vardır (Tablo 3.6).

Tablo 3.6 Kadınların Ölen Çocuk, Küretaj, Ölü Doğum ve Abortus Sayıları Dağılımı

Doğurganlık (özellik) Sayıları	Ölen Çocuk		Küretaj		Ölü Doğum		Abortus	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	398	96,4	370	89,6	405	98,1	355	86,0
1	11	2,7	39	9,4	7	1,7	42	10,2
2 ve ↑	4	0,9	4	1,0	1	0,2	16	3,8
Toplam	413	100,0	413	100,0	413	100,0	413	100,0

3.3.Gebelik İzlemleri, Doğumları ve Sağlık Sorunu ile İlgili Özellikleri

3.3.1. Gebeliklerindeki İzlem Yerleri ve İzlem Sayıları:

Kadınların 167'si (%40,3) aile hekimlerince, 128'i (%31,0) özel hastanelerde, 69'u (%16,7) devlet hastanesinde, 41 (%11,9) üniversite hastanesinde izlemleri yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması gereğince yalnızca aile hekimlerince izlenen 167 kadın dışındaki tüm kadınlar (246) en az bir kez aile hekimlerince izlenmişlerdir (Tablo 3.7).

Kadınların gebeliklerinde Aile hekimleri personeli tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde $5,5 \pm 1,5$, hastanelerde ise $3,5 \pm 2,3$ 'dir.

Tablo 3.7 Kadınların Gebeliklerinde İzlendikleri Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı

İzlem Yeri	Sayı	%
Aile Hekimliği	167	40,3
Özel Hastane	128	31,1
Üniversite Hastanesi	9	2,2
Devlet Hastanesi	69	16,7
Özel Doktor	40	9,7
Toplam	413	100,0

3.3.2.Kadınların Doğumları ile İlgili Bazı Özellikleri:

Kadınların biri dışında tamamı hastanede doğum yapmış olup; 253'ü (%61,2) Devlet Hastanelerinde, 147'si (%35,6) Özel Hastanelerde, 12'si (2,9) Üniversite Hastanesinde doğum yapmıştır. Ayrıca bu doğumlardan 251'ini (%60,8) hekim, 61'ini (%39,0) ebeler yaptırmıştır.

Doğumların 245'i (%59,3) mesai saati içinde gerçekleşmiştir (Tablo 3.8).

Tablo 3.8 Kadınların Doğumları ile İlgili Bazı Özellikleri

Özellikler		Sayı	%
Doğum Yaptıkları Yer	Devlet Hastanesi	253	61,2
	Üniversite Hastanesi	12	2,9
	Özel Hastane	147	35,6
	Evde	1	0,3
	Toplam	413	100,0
Doğumu Yaptıran Kişi	Doktor	251	60,8
	Ebe	161	39,0
	Komşusu	1	0,2
	Toplam	413	100,0
Doğum Saati	08,00-17,30	245	59,3
	17,31-07,59	148	35,8
	Hatırlamıyor	20	4,8
	Toplam	413	100,0

3.3.3. Kadınların Kronik Hastalıkları, Gebeliklerindeki Sorunları ve Zararlı Alışkanlıkları:

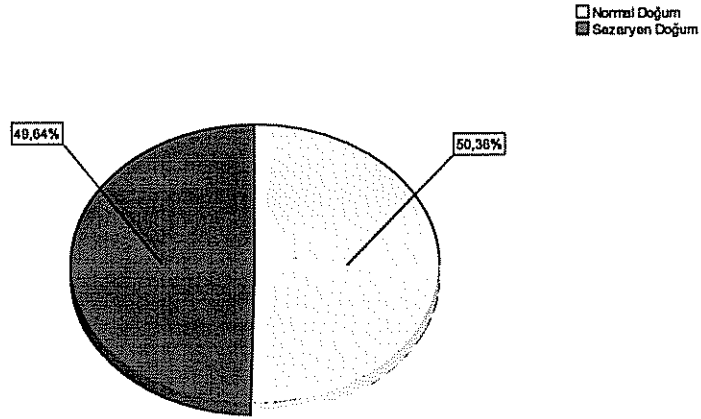
Kadınların 32'sinin (%7,7) en az bir kronik hastalığı olup; bunlardan en sık görülenleri hipertansiyon (%28,1)'dur.

Gebelikleri süresince kadınların yaşadıkları sağlık sorunları arasında ilk sırayı gestasyonel diyabet %39,3 (46) almaktadır. Sorun yaşamayan 296 (%71,1) kadın vardır.

Kadınların 379'unun (%91,8) gebelikleri süresince zararlı alışkanlıkları mevcut değilken, 34'ü (%8,2) gebeliklerinde de sigara kullanmaya devam etmişlerdir (Tablo 3.9).

3.3.4. Kadının Doğum Şekli, Sezaryen Doğumların Sezaryen Nedeni, Bir Önceki Doğum Şekli, Önceki Gebeliği Sezaryen Doğumların Nedenleri ve Doğumla ilgili Tercihleri:

Kadınların % 50,4 normal doğum, %49,6 sezaryen ile doğum yapmıştır (Şekil 3.1).



Şekil 3.1 Kadının Doğum Şekli Dağılımı

Kadınların 88'i (%43,2) doktorların önerisi ile sezaryen olurken; kendi isteği ile sezaryen olan kadın 9 (% 4,4)'dur.

Doğum yapmış kadınların bir önceki doğum şekillerine bakıldığında kadınların 193'ü (%72,0) normal doğum, 75'i (%28,0) sezaryen ile doğum yapmışlardır. 145 (%35,1) kadın ise ilk doğumlarını yapmışlardır.

Bir önceki gebeliğinde sezaryen ile doğum yapan kadınların 41'i (%54,7) doktor önerisi ile, 4'ü (%5,3) kendi isteğiyle sezaryen olmuşlardır (Tablo 3.10).

Tablo 3.9 Kadınların Kronik Hastalıkları, Gebeliklerindeki Sorunları ve Zararlı Alışkanlıkları Dağılımı

Özellik		Sayı	%
Kronik Hastalık Durumu	Var	32	7,7
	Yok	381	92,3
	Toplam	413	100,0
Kadımdaki Kronik Hastalık	HT	9	28,1
	Romatizma	4	12,5
	Astım	4	12,5
	DM	3	9,3
	Hipertroid	3	9,3
	Diğer	9	28,1
	Toplam	32	100,0
Gebelikte Sorun Yaşamaması	Gestasyonel Diyabet	46	39,3
	Hipertansiyon	33	28,2
	Anemi	12	10,3
	Hipotansiyon	12	10,3
	Düşük Tehlikesi	6	5,1
	Ödem	4	3,4
	Gebelik Zehirlenmesi	2	1,7
	Hipoamniozis	2	1,7
	Toplam	117	100,0
Kadınların Gebelikteki Zararlı Alışkanlıkları Varlığı	Var	34	8,2
	Yok	379	91,8
	Toplam	413	100,0

Tablo 3.10 Sezaryen Doğumların Nedeni ve Endikasyonu, Bir Önceki Doğum Şekli ve Önceki Gebeliği Sezaryen Olanların Nedenleri

Özellikler	Sayı	%	
Sezaryen Nedeni	Kendi İsteğiyle	9	4,4
	Doktor Önerdi	88	43,2
	Normal Beklendi Ama Olmadı	27	13,2
	Çoğul Gebelik	4	1,9
	Eski Sezeryan	71	34,4
	Tüpligasyon İçin	6	2,9
	Toplam	205	100,0
Önceki Doğum Şekli *	Normal	193	72,0
	Sezaryen	75	28,0
	Toplam	268	100,0
Önceki Gebeliği Sezaryen Olanların Nedeni	Kendi İsteğiyle	4	5,3
	Doktor Önerdi	41	54,7
	Normal Beklendi Ama Olmadı	30	39,0
	Toplam	75	100,0

* 145 kadının ilk doğumudur.

Kadınların 372'si (%90,1) normal doğum yapmayı tercih ederken; ancak 208'i (%50,4) bu doğumlarını normal doğumla yapmıştır (Tablo 3.11).

Kadınların bir sonraki doğum tercihleri sorulduğunda kadınların 280'i (% 67,8) normal doğumu tercih ederken, 47'si (%11,4) sezaryen doğumu, 85'i (%20,6) mecburen sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Tablo 3.11).

Sezaryen ile doğum yapan 205 kadından 108'inin (% 52,6) sezaryen endikasyonu hastane dosyalarından saptanmış olup; bunlardan en yüksek oran (%33,3) eski sezaryendir (Tablo 3.12).

Tablo 3.11 Kadınların Doğumla ilgili Tercihlerinin Dağılımı

Özellik		Sayı	%
Kadının Doğum Tercihi	Normal	372	90,1
	Sezaryen	41	9,9
	Toplam	413	100,0
Kadının Bir Sonraki Doğum Tercihi	Normal	280	67,8
	Sezaryen	47	11,4
	Mecburen Sezaryen	85	20,6
	Düşünmüyor	1	0,2
	Toplam	413	100,0

Tablo 3.12 Hastane Dosyalarından Alınan Sezaryen Endikasyonları Dağılımı

Sezaryen Endikasyonu	Sayı	%
Eski/Mükerrer Sezaryen	36	33,3
Sefalopelvik Uyumsuzluk	20	18,4
Fetal Distres	13	12,0
İlerlemeyen Travay	8	7,4
İri Bebek	4	3,6
Çoğul Gebelik	4	3,6
Miad Aşımı	3	2,6
Diğer	8	7,3
Toplam	108	100,0

3.3.5. Kadınların Gebeliklerini Planlama Durumları ve Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumları:

Kadınların 348'i (%84,3) gebeliklerini planlayarak (isteyerek) gebe kalırken; bu gebeliklerin 9'u (%2,2) aşılama veya tüp bebek yöntemleri ile gebe kalmışlardır (Tablo 3.13).

Tablo 3.13 Kadınların Gebeliklerini Planlama Durumları ve Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumlarının Dağılımı

Özellik		Sayı	%
Kadınların Gebeliklerini Planlama Durumu	Evet	348	84,3
	Hayır	65	15,7
	Toplam	413	100,0
Kadınların Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumu	Kendiliğinden	404	97,8
	Müdahale Sonucu	9	2,1
	Toplam	413	100,0

3.3.6. Sezaryen Doğum Olan Kadınlara Uygulanan Anestezi Teknikleri:

Sezaryen ile yapılan doğumlarda kadınların 164'ü (%80,0) genel anestezi ile sezaryen doğum yapmışlardır (Tablo 3.14).

Tablo 3.14 Sezaryende Uygulanan Anestezi Tekniği

Anestezi Tekniği	Sayı	%
Genel	164	80,0
Spinal	37	18,0
Epidural	4	2,0
Toplam	205	100,0

3.3.7. Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme Durumu ve Bilgilendirilen Birimler:

Kadınların 293'ü (%70,9) gebelik izlemlerinde doğum yöntemleri konusunda bilgilendirilmiş olup; bunların 168'i (% 41,0) aile hekimliği birimindeki ebe, hemşire ya da sağlık memurundan bu bilgilere ulaşmışlardır (Tablo 3.15).

Tablo 3.15 Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme Durumu ve Bilgiye Ulaşılan Yerlerin Dağılımı

Doğum Yöntemleri Hakkında		Sayı	%
Bilgilendirilme Durumu	Bilgilendirildi	293	70,9
	Bilgilendirilmedi	120	29,1
	Toplam	413	100,0
Bilgiye Ulaşıldığı Yer	Sağlık Kuruluşlarından	51	12,4
	Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	168	41,0
	Özel Doktor	43	10,6
	Tanıdıklardan	113	11,7
	Kitle İletişim Araçları	34	8,3
	Toplam	409	100,0

3.4. Doğum Şekillerine Etkili Etmenler

Kadınların yaptıkları doğumların bağımsız değişkenlere göre özellikleri ve sezaryen doğumlar özellikli olarak incelemiştir.

3.4.1 Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre:

Çalışmaya katılan kadınların ve eşlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre doğum şekilleri sorgulanmıştır (Tablo 3.16, Tablo 3.17, Tablo 3.18).

Kadınların yaş ortalamaları normal doğum yapanlarda $26,5 \pm 5,2$, sezaryen doğum yapanlarda $27,2 \pm 5,1$ olup; sezaryen doğum 19 ve altı yaşta en düşük (%23,8), 20–34 yaş grubunda en yüksektir (%51,3). Kadınlarda yaşın büyümesi ile sezaryen doğumlardaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kadınların, boyları 150 cm ve altında olanlarda (%53,8) sezaryen oranı, 151 cm ve üstünde olanlara (%49,0) göre yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Honaz ilçesi merkez ve bağlı belediye beldeler ile yine merkezlerine bağlı köylerde sezaryenle doğum oranları; Kocabaş köylerinde (%56,7), Kaklık köylerinde (%53,6), Merkez köylerde (%51,4) olmasına karşın, Honaz merkezde (%52,3), Kocabaş merkezde (%33,3) ve Kaklık merkezde (%50,7)'dir. Sezaryenle doğum Kocabaş merkez (%39,3) dışındaki yerleşim yerlerinde %50'nin üstünde olmasına karşın yerleşim yerleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 3.16).

Tablo 3.16. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Şekli

Demografik Özellikler		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grupları	19 ve Altı	16	76,2	5	23,8	21	5,1	0,050
	20-34 Yaş	171	48,7	180	51,3	351	85,0	
	35 ve Üzeri	21	51,2	20	48,8	41	9,9	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	
Boy	150 cm ve Altı	24	46,2	28	53,8	52	12,6	0,516
	151 cm ve Üzeri	184	51,0	177	49,0	361	87,4	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	
Yaşadıkları Yer	İlçe Merkezi	62	47,7	68	52,3	130	31,5	0,433
	Merkez Köyleri	36	48,6	38	51,4	74	17,9	
	Kocabaş Merkezi	51	60,7	33	39,3	84	20,3	
	Kocabaş Köyleri	13	43,3	17	56,7	30	7,3	
	Kaklık Merkezi	33	49,3	34	50,7	67	16,2	
	Kaklık Köyleri	13	46,4	15	53,6	28	6,8	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.2. Kadınların ve Eşlerinin Öğrenim Düzeylerine Göre:

Kadınların öğrenim düzeylerine göre doğum şekilleri incelendiğinde ilkökul, ortaokul, lise ve üzeri öğrenimlilerde normal ve sezaryen arasında oransal olarak çok büyük farklar olmamakla birlikte okur-yazar olmayan grupta sezaryen (%24,4) oldukça düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$).

Eşlerinin öğrenim düzeylerine göre kadınların doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak bir anlamlı farklılık olmamakla birlikte ($p>0,05$); eşleri okur-yazar olmayanlar ve sadece okur-yazar olan kadınlarda sezaryen doğum (%16,7) düşüktür. Anlamlı

olmaması okur-yazar olmayan ve okur-yazar gruptaki sayısının az olmasından kaynaklanabilir (Tablo 3.17).

Tablo 3.17 Kadınların ve Eşlerinin Öğrenim Düzeylerine Göre Doğum Şekli

Özellik		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kadının Öğrenim Düzeyi	Okur-Yazar Değil ve Okur -Yazar	31	75,6	10	24,4	41	9,9	0,003
	İlkokul Mezunu	105	49,1	109	50,9	214	51,9	
	Ortaokul Mezunu	34	51,5	32	48,5	66	16,0	
	Lise ve Üzeri Okul Mezunu	38	41,3	54	58,7	92	22,2	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	
Eşlerinin Öğrenim Düzeyi	Okur-Yazar Değil ve Okur-Yazar	14	83,3	4	16,7	18	4,3	0,071
	İlkokul Mezunu	88	48,1	95	51,9	183	44,3	
	Ortaokul Mezunu	48	46,2	56	53,8	104	25,2	
	Lise ve Üzeri Okul Mezunu	58	53,7	50	46,3	108	26,2	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.3. Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları İş, Aylık Gelir, Aile Tipleri ve Kadının Sağlık Güvence Durumlarına Göre:

Memur olan kadınlarda sezaryen (%75,0) en yüksek iken, ev hanımları (%51,8) ve işçilerde (42,9) birbirine yakındır. Memurlardaki yüksek sezaryen oranı istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$).

Kadınların eşlerinin yaptıkları işe göre; memur olanlarda (%66,7), kendi hesabına çalışanlarda (%55,8) ve işçilerde (%54,6) sezaryen yüksektir. Memur olarak çalışanların eşlerinde sezaryen oranı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ailenin toplam aylık geliri arttıkça kadınlarda sezaryen oranları (sırayla %42,7, %57,5, %61,0) artmıştır ve bu artış istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$).

Kadınların sağlık güvencesinin olması sezaryen doğum yapmada etkili olmaktadır. Sezaryen, Emekli Sandığı olanlarda %70,6, SSK'lılarda %54,4, Bağ-Kurlularda %52,9 olup; sağlık güvencesi olmayanlarda %36,7 ve yeşil kartlı olanlarda %30,4'dr. İstatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların yaşadıkları aile tipi de sezaryen doğum yapmada etkili olup, geniş ailelerde daha fazla normal doğum (%61,2) yaptıkları görülürken, çekirdek aile olan kadınların daha fazla sezaryen doğum (%53,3) yaptıkları görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.18).

Tablo 3.18 Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları İş, Aylık Gelir, Aile Tipleri ve Kadının Sağlık Güvence Durumlarına Göre Doğum Şekli

Özellik		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kadının İşi	Ev hanımı	166	48,2	178	51,8	344	83,3	0,044
	Ücretsiz Aile İşçisi	18	72,0	7	28,0	25	6,1	
	İşçi	16	57,1	12	42,9	28	6,8	
	Memur	2	25,0	6	75,0	8	1,9	
	Yevmiye	6	75,0	2	25,0	8	1,9	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	
Eşinin İşi	Memur	6	33,3	12	66,7	18	4,4	0,012
	Kendi Hesabına Çalışıyor	19	44,2	24	55,8	43	10,4	
	İşçi	108	45,3	130	54,7	238	57,6	
	Çiftçi	26	57,8	19	42,2	45	10,9	
	Yevmiye İşçisi	25	67,6	12	32,4	37	9,0	
	İşsiz	23	74,1	8	25,9	31	7,5	
	Toplam	208	50,4	204	49,6	413	100,0	
Aylık Gelir	496 ve Altı	134	57,3	100	42,7	234	56,7	0,002*
	496-1000	51	42,5	69	57,5	120	29,1	
	1001 ve Üzeri	23	39,0	36	61,0	59	14,3	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı	5	29,4	12	70,6	17	4,1	0,002
	SSK	109	45,6	130	54,4	239	57,9	
	Bağ -Kur	24	47,1	27	52,9	51	12,3	
	Güvencesi Yok	31	63,3	18	36,7	49	11,9	
	Yeşil Kart	39	69,6	17	30,4	56	13,6	
	Toplam	208	50,4	204	49,6	413	100,0	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	148	47,0	167	53,0	315	76,3	0,014
	Geniş Aile	60	61,2	38	38,8	98	23,7	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

*Eğimde ki-kare yapılmıştır.

3.4.5. Kadınların İlk Evlilik ve İlk Doğum Yaşına Göre:

İlk evlenme yaşı 19 ve üzeri olan kadınlarda sezaryen oranı %54,5 olup; istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$).

İlk doğum yaşı 18 ve altında olanlarda sezaryen ile doğum (%28,8) olup; 19 ve üzerinde (%53,9)'dur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.19).

Tablo 3.19 Kadınların İlk Evlilik ve İlk Doğum Yaşına Göre Doğum Şekli

Özellik		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk Evlenme Yaşı	18 ve Altı Yaş	88	59,1	61	40,9	149	36,1	0,008
	19 ve Üzeri	120	45,5	144	54,5	264	63,9	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	
İlk Doğum Yaşı	18 ve Altı Yaş	52	71,2	21	28,8	73	17,7	0,000
	19 ve Üzeri	156	46,1	184	53,9	330	82,3	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.6. Gebelik Sayısı, Canlı Doğum Sayısı ve Yaşayan Çocuk Sayısı Ortalamalarına Göre:

Toplam gebelik sayısı (gravidita) ortalaması normal doğum yapanlarda ($2,3\pm 1,4$), sezaryen doğum yapanlara ($2,2\pm 1,1$) göre fazla olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Canlı doğum sayısı ortalaması normal doğum yapan kadınlarda ($2,00\pm 1,13$), sezaryen doğum yapanlara ($1,81\pm 0,80$) göre istatistiksel olarak fazladır ($p<0,05$).

Yaşayan çocuk sayısı ortalaması normal doğum yapanlarda ($2,00\pm 1,13$), sezaryen doğum yapanlara ($1,80\pm 1,79$) göre daha fazla olup istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.20).

Tablo 3.20 Kadınların Gebelik, Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayısı Ortalamalarına Göre Doğum Şekli

Özellik	Normal		Sezaryen	P	
	Min.	Max.	Ort±SD		
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	12	2,00±1,13	1,80±0,79	0,039
Canlı Doğum Sayısı	1	12	2,01±1,13	1,81±,80	0,035
Gravida	1	12	2,31±1,40	2,21±1,19	0,424

3.4.7. Ölen Çocuk, Küretaj, Abortus ve Ölü Doğum Durumlarına Göre:

Son doğumlarını sezaryen yapma sıklığı, kadınların önceki gebelik öyküsünde; ölen çocuk (%66,7), abortus (%56,9), küretaj (%51,2) olması hallerinde, normal doğumdan yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). (Tablo 3.21).

Tablo 3.21 Kadınların Son Doğumlarından Önceki Ölen Çocuk, Abortus, Küretaj ve Ölü Doğum Durumuna Göre Doğum Şekli

		Normal		Sezaryen		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Ölen Çocuk	Var	5	33,3	10	66,7	0,279*
	Yok	203	51,0	195	49,0	
Küretaj	Var	21	48,8	22	51,2	0,959*
	Yok	187	50,5	183	49,5	
Abortus	Var	25	43,1	33	56,9	0,293*
	Yok	183	51,5	172	48,5	
Ölü Doğum	Var	4	50,0	4	50,0	0,630**
	Yok	204	50,4	201	49,6	
Toplam		208	50,4	205	49,6	

* Yates düzeltmesi ** Fisher exact

3.4.8. İki Gebelik Arasındaki Süreye Göre:

Son iki doğum arasındaki süre 2 yıldan az olanlarda sezaryen (%50,0), 2 yıldan fazla olanlara (%46,1) göre yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 3.22).

Tablo 3.22 Kadınların Doğum Aralıklarına Göre Doğum Şekli

Özellik	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
2 Yıldan Az	49	48,0	53	50,0	102	36,1	0,344
2 Yıl ve Fazla	97	53,9	83	46,1	180	63,9	
*Toplam	146	51,7	136	48,3	282	100	

*ilk gebeliği olan 131 kadın analize alınmamıştır.

3.4.9. Kadınların Gebeliklerinde İzledikleri Sağlık Kuruluşuna Göre:

Kadınlar gebeliklerinde aile hekimliği uygulaması gereği, Aile hekimliği izlemleri altındadır. Aile hekiminin gerek gördüğü ya da kendi istekleri doğrultusunda kadınlar 2. ve 3. basamak hastanelerde izlemlerini yaptırmışlardır. Kadınların gebelikte izlem yerlerine göre sezaryen en yüksek Üniversite hastanesinde (%66,7)'dir. Aile hekimliğinde gebelikleri izlenen kadınlar daha fazla normal doğum (%61,8) yaparken; özel hastanelerde gebe izlemleri olan kadınların daha fazla sezaryen (%62,5) yaptıkları saptanmış olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 3.23).

Tablo 3.23 Kadınların Gebeliklerinde İzledikleri Sağlık Kuruluşuna Göre Doğum Şekli

İzlenen Sağlık Kuruluşu	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aile Hekimliği	102	61,8	64	38,2	166	40,2	0,001
Devlet Hastanesi	35	50,7	35	49,3	70	16,9	
Özel Doktor	20	50,0	20	50,0	40	9,7	
Özel Hastane	48	37,5	80	62,5	128	31,0	
Üniversite Hastanesi	3	33,3	6	66,7	9	2,2	
Toplam	208	100,0	205	100,0	413	100,0	

3.4.10. Kadınların Gebeliklerinde İzlem Sayılarına Göre:

Gebelikleri boyunca Aile Hekimliğinde 3 ve daha az gebe izlemi olan 11 (%35,5) kadın, 4-7 arasında 176 (%49,9) kadın 8 ve daha fazla gebe izlemi yaptıran 18 (%78,3)

kadın sezaryen ile doğum yapmışlardır. 8 ve daha fazla gebe izlemi olan kadınlarda sezaryen doğum istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$).

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde 3 ve daha az gebe izlemi olan 36 (%53,8) kadın, 4-7 arasında 85 (%55,6) kadın 8 ve daha fazla gebe izlemi yaptıran 20 (%70) kadın sezaryen ile doğum yapmışlardır. İzlem sayılarıyla sezaryen doğum arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3.24).

Tablo 3.24 Kadınların Gebeliklerinde İzlem Yeri ve Sayısına Göre Doğum Şekli

İzlenen Birim	İzlem Sayısı	Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aile Hekimliği (tüm gebeler)	3 ve ↓	20	64,5	11	35,5	31	7,5	0,006
	4-7	183	51,0	176	49,9	359	86,9	
	8 ve ↑	5	21,7	18	78,3	23	5,6	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	
Diğer (2. Basamak Sağlık Hizmetleri)	3 ve ↓	31	46,2	36	53,8	67	27,1	0,162
	4-7	68	44,4	85	55,6	153	61,9	
	8 ve ↑	7	30,0	20	70,0	27	11,0	
	Toplam	106	43,0	141	57,0	247	100,0	

3.4.11. Kadınların Doğumlarını Yaptıkları Yere Göre:

Devlet hastanesinde sezaryen oranı %37,6, özel hastanede %67,8 ve üniversite hastanesinde %91,7'dir. Üniversite ve özel hastanelerdeki sezaryen oranlarının yüksekliği istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.25).

Tablo 3.25. Kadınların Doğumlarını Yaptıkları Yere Göre Doğum Şekli

Doğum Yapılan Birim	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Üniversite Hastanesi	1	8,3	11	91,7	12	2,9	0,000
Özel Hastane	48	32,2	99	67,8	147	35,6	
Devlet Hastanesi	158	62,4	95	37,6	253	61,2	
Ev *	1	100,0	0	0,0	1	0,3	
Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

*İstatistiksel değerlendirmeye katılmamıştır.

3.4.12. Kadınların Doğumunu Yaptıran Hekimin Cinsiyetine Göre:

Doğumu yaptıran hekimin cinsiyetine göre doğumlar incelendiğinde, doğumların %69,6'sı erkek hekim tarafından yaptırılmaktadır. Erkek hekimlerde (%83,3), kadın hekimlere (%77,6) göre sezaryen ile doğum yaptırma yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 3.26).

Tablo 3.26 Hekimin Yaptırdığı Doğumlarda Hekimin Cinsiyetine Göre Doğum Şekli

Hekimin Cinsiyeti	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kadın	17	22,3	59	77,7	76	30,2	0,320
Erkek	29	16,7	145	83,3	174	69,8	
Toplam	46	18,4	205	81,6	251	100,0	

3.4.13. Kadınların Doğum Yaptıkları Zaman Dilimine Göre:

Sezaryen doğumlar mesai saati içinde (%64,1) mesai saatleri dışına (%25,7) göre yüksek olup; istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.27).

Tablo 3.27 Kadınların Doğum Yaptıkları Zaman Dilimine Göre Doğum Şekli

Doğum Saati	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
08,00 – 17,30	88	35,9	157	64,1	245	62,3	0,000
17,31 – 07,59	110	74,3	38	25,7	148	37,7	
Toplam	198	50,4	5	49,6	393	100,0	

3.4.14. Kadınların Kronik Hastalık Öyküsüne Göre:

Kronik rahatsızlığı olan kadınlarda sezaryen ile doğum oranı (% 59,4), olmayanlara (%48,8) göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 3.28).

Tablo 3.28 Kadınların Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Doğum Şekli

Tıbbi Hastalık Öyküsü	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	13	40,6	19	59,4	32	7,7	0,251
Yok	195	51,2	186	48,8	381	92,3	
Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.15. Kadınların Gebelikte Geçirilen Hastalık Öyküsüne Göre:

Gebelik süresince herhangi bir sorun yaşayan kadınların, %65,0'ı sezaryen ile doğum yapmıştır ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$). Gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların 2,4 kat daha fazla sezaryen doğum yaptıkları saptanmıştır.

Gebeliklerinde hipertansiyonu olan kadınların %66,7'si gestasyonel diyabeti olan kadınların %73,9'u anemi ve hipotansiyon olan kadınların %41,7'si sezaryen ile doğum yapmışlardır. Hipertansiyon ve gestasyonel diyabeti olan kadınların daha fazla sezaryen ile doğum yaptıkları saptanmıştır ve istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.29).

Tablo 3.29 Kadınların Gebelikte Geçirilen Hastalık Öyküsüne Göre Doğum Şekli

Özellik		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalık Öyküsü	Oldu	41	35,0	76	65,0	117	28,3	0,009
	Olmadı	167	56,4	129	43,6	296	71,7	
Hastahklar								
	Hipertansiyon	11	33,3	22	66,7	33	8,0	0,001
	Olmayan	197	51,8	183	48,2	380	92,0	
	Gestasyonel Diyabet	12	26,1	34	73,9	46	11,1	0,000
	Olmayan	196	53,4	171	46,6	367	89,9	
	Anemi	7	58,3	5	41,7	12	2,9	0,575
	Olmayan	201	50,1	200	49,9	401	97,1	
	Hipotansiyon	7	58,3	5	41,7	12	2,9	0,575
	Olmayan	201	50,1	200	49,9	401	97,1	
Toplam		208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.16. Kadınların Gebelikte Zararlı Alışkanlıklarına Göre:

Kadınların zararlı alışkanlığı olarak sadece sigara kullanımı vardı ve sigara kullanımı doğum şeklini etkilememektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.30).

Tablo 3.30 Kadınların Gebelikte Zararlı alışkanlıklarından Sigara Kullanımı Durumuna Göre Doğum Şekli

Gebelikte Zararlı Alışkanlık	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	17	50,0	17	50,0	34	8,2	0,965
Yok	191	50,4	188	49,6	379	91,8	
Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.17. Kadınların Önceki Doğum Şekli, Doğum Tercihleri, Bir Sonraki Doğum Tercihlerine Göre:

Önceki doğumu sezaryen olanların tamamı (%100) sezaryen olurken, normal doğumların %26,4'ü, ilk doğumların %54,5'i sezaryen doğum yapmışlardır. Önceki doğumun normal ya da sezaryen olması doğum tercihinde etkilidir ve bu etki istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$).

Doğum yapan kadınların %9,9'u sezaryen tercih etmelerine karşın, %49,6'sı sezaryen doğum yaparken, sezaryen tercih edenlerin %90,2'si sezaryen olmuşlardır ($p<0,05$).

Bir sonraki doğumlarını; bu doğumunu sezaryenle yapanların 79'u (%38,7), normal yapanların 201'i (%96,6) normal doğum tercih ederken, sezaryen yapanların 40'ı (%19,5) sezaryen, 85'i (%41,8) mecburi sezaryen tercih etmektedir ($p<0,05$) (Tablo 3.31).

Tablo 3.31 Kadınların Önceki Doğum Şekli, Doğum Tercihleri, Bir Sonraki Doğum Tercihlerine Göre Doğum Şekli

Özellik		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Önceki Doğum Şekli	Normal	142	73,6	51	26,4	193	46,7	0,000
	Sezaryen	0	0,0	75	100,0	75	18,2	
	İlk Doğumu	66	45,5	79	54,5	145	35,1	
Kadının Doğum Tercihi	Normal	204	54,8	168	45,2	372	90,1	0,000
	Sezaryen	4	9,8	37	90,2	41	9,9	
Kadının Bir Sonraki Doğum Tercihi	Normal	201	96,6*	79	38,7*	280	67,8	0,000
	Sezaryen	7	3,4*	40	19,5*	47	11,4	
	Mecburen	0	0,0*	85	41,8*	85	20,6	
	Sezaryen							
Toplam		208	50,4	205	49,6	413	100,0	

*kolon yüzdesi

3.4.18. Kadınların Gebeliklerini İsteme ve Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumu:

Son gebeliklerini istemeyen kadınların %56,9'u sezaryenle doğum yaparken, isteyenlerin %48,3'ü sezaryen ile doğum yapmış olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Gebelikleri herhangi bir tıbbi müdahale sonucu olan kadınların 3'de 2'si (%66,7) sezaryen ile doğum yapmıştır. Ancak kendiliğinden veya müdahale sonucu gebeliğin oluşması doğum yöntemleri açısından istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 3.32).

Tablo 3.32 Kadınların Gebeliklerini İsteme ve Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumlarına Göre Doğum Şekli

Özellik		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebeliği İsteme Durumu	Evet	180	51,7	168	48,3	348	84,3	0,201
	Hayır	28	43,1	37	56,9	65	15,7	
Gebeliklerinin Gerçekleşme Durumu	Kendiliğinden	205	50,7	199	49,3	404	97,8	0,457
	Müdahale Sonucu	3	33,3	6	66,7	9	2,1	
	Toplam	208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.19. Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme ve Bilgiye Ulaştıkları Yere Göre:

Gebelik döneminde doğum yöntemleri hakkında bilgilendirilen kadınlardaki normal doğum oranı %51,9 iken, bilgilendirme olmayanlarda sezaryen ile doğum oranı %53,3'tür. Doğum yöntemleri hakkında bilgilendirilme ile doğum şekli arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kadınların sezaryen ile doğum yapma durumu doğum yöntemleri hakkında bilgilendirilme kaynaklarına göre dikkat çekici şekilde farklılaşmaktadır. Sezaryen sıklığı, bu bilgiyi sağlık kuruluşlarından alanlarda %86,4, özel doktordan alanlarda

%76,7, internet, tv gibi sanal ortamdaki alanlarda %76,5 iken, aile hekimliği çalışanlarından (%27,4) ile tanıdıklardan (%33,6)'dır. Bilgi kaynakları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Aile hekimliği çalışanlarından ve tanıdıklardan bilgilendirilme normal doğum tercihi yönündedir (Tablo 3.33).

Tablo 3.33 Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme ve Bilgiye Ulaştıkları Yere Göre Doğum Şekli

Özellik		Normal		Sezaryen		Toplam		P
		N	%	N	%	N	%	
Bilgilendirilme	Oldu	152	51,9	141	48,1	293	70,9	0,336
	Olmadı	56	46,7	64	53,3	120	29,1	
Sağlık Kuruluşlarından	Aldı	7	13,7	44	86,3	51	12,3	0,000
	Almadı	201	55,5	161	44,5	362	87,7	
Aile Hekimliği Çalışanlarından	Aldı	122	72,6	46	27,4	168	40,7	0,000
	Almadı	86	35,1	159	64,9	245	59,3	
Özel Doktordan	Aldı	15	25,0	45	75,0	43	14,5	0,000
	Almadı	193	54,7	160	45,3	353	85,5	
Tanıdıklardan	Aldı	75	66,4	38	33,6	113	27,4	0,000
	Almadı	133	44,3	167	55,7	300	72,6	
Kitle İletişim Araçları	Aldı	9	26,5	25	73,5	34	8,2	0,004
	Almadı	199	52,5	180	47,5	379	91,8	
Toplam		208	50,4	205	49,6	413	100,0	

3.4.20. Bebeklerin Cinsiyet ve Doğum Ağırlığına Göre:

Erkek bebeklerin (%55,6), kız bebeklerden (%45,8) daha fazla sezaryen ile doğmaları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p > 0,05$) yaklaşık %10 kadar daha fazla sezaryen ile doğmaları dikkat çekicidir.

Doğum ağırlığı 2500 gr ve altı olan bebeklerin 37'si (%57,0), 2501–3999 gr olan bebeklerin 164'ü (48,7), 4000 gr ve üzeri ağırlığa sahip bebeklerin 11'i (%61,2) sezaryen doğum ile dünyaya gelmişlerdir ve istatistiksel anlamlı değildir ($p>0,05$). (Tablo 3.34). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte normal doğum ağırlığı altında (%57,0) ve üstünde (%61,2) olanlarda sezaryen yüksekliği dikkat çekicidir.

Tablo 3.34 Bebeklerin Cinsiyetine ve Doğum Ağırlığına(gr) Göre Doğum Şekli

Cinsiyeti	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kız	116	54,2	98	45,8	214	51,2	0,054
Erkek	92	44,4	114	55,6	205	48,8	
Toplam	208	49,4	212	50,6	420	100,0	
Doğum Ağırlığı							
2500 ve Altı	28	43,0	37	57,0	65	15,5	0,310
2501-3999	173	51,3	164	48,7	337	80,3	
4000 ve Üzeri	7	38,8	11	61,2	18	4,2	
Total	208	49,5	212	50,5	420	100,0	

3.4.21. Kadınların Bebeklerini Emzirme Durumları:

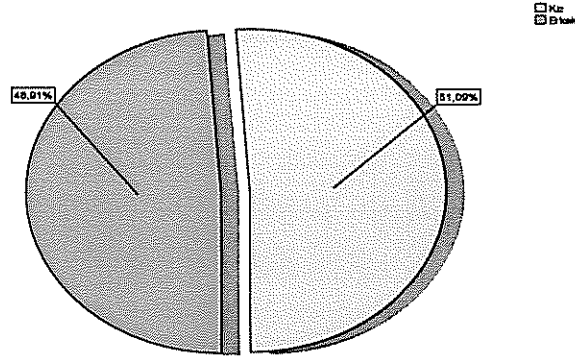
Normal doğum yapan kadınların %91,3'ü bebeklerini hemen emzirirken %7,7'si 6 saat ve daha sonraki saatlerde emzirmişlerdir. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise sadece %29,3'ü bebeklerini hemen, %12,7'si 6 saat ve sonrasında emzirmişlerdir, %4,9'u ise hiç emzirememiştir (Tablo 3.35).

Tablo 3.35 Doğum Şekline Göre Kadınların Bebeklerini İlk Emzirme Zamanı

İlk Emzirme Zamanı	Normal		Sezaryen		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hemen	190	91,3	60	28,3	252	60,0	0,000
Anne Anesteziyen Uyanınca	0	0,0	109	51,4	109	26,0	
6 Saat ve Üzeri	16	7,7	31	14,6	47	11,1	
Almadı	2	1,0	10	4,7	12	2,9	
Toplam	208	100,0	212	100,0	420	100,0	

3.5. Doğum Sonu Kadınların ve Bebeklerin Özellikleri

3.5.1 Bebeklerle İlgili Özellikler:



Şekil 3.5.1 Bebeklerin Cinsiyeti

Bebeklerin 214'ü (%51,1) kız, 206'sı (%48,9) erkektir (Şekil 3.5.1).

Bebeklerin doğum haftası ortalaması $39,03 \pm 1,32$ 'dir (Min-Max: 32-42). Doğumların 26'sı (%6,3) 41 ve üzeri, 16'sı (%3,9) 36 ve az haftada gerçekleşmiştir.

Bebeklerin doğum kilolarına bakıldığında minimum 900 gr, maksimum 5000 gr olup; ortalaması $3088,22 \pm 772,21$ 'dur. Bebeklerin 337'si (%80,3) 2501-3999 gr, 65'i (%15,5) 2500 ve daha az gr, 18'i (%4,2) 4000 ve daha fazla kiloda doğmuşlardır.

Bebeklerin doğum sonrası herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadıkları veya bir sakatlık durumlarının olup olmadığı sorulmuştur. Bebeklerin 377'sinin (%89,8) bir sağlık problemi yokken, 43'ü (%10,2) doğumdan hemen sonra sorun yaşanmıştır. Sorun yaşayan bebeklerin büyük bir kısmı küvezde belirli bir süre kalıp hastaneden taburcu edilmiştir.

Bebeklerin anne sütünü doğumdan sonra ne kadar sürede aldıkları hakkında bilgi edinilmiştir. Anne sütünü doğar doğmaz alan 252 (%60,0) bebek, anne anesteziyen uandıktan sonra anne sütü alan 109 (%26,0) bebek, 6 saat ve üzeri zaman diliminde anne sütünü alan 47 (%11,1) bebek, anne sütünü hiç almayan 12 (%2,9) bebek vardır.

Kan uyuşmazlığı olan 29 (%7,0) kadın bulunmaktadır. Bu kadınların 25'i (%6,0) kan uyuşmazlığı için anti-D immunglobulin yapılmış, 4'üne (%1) herhangi bir müdahale yapılmamıştır (Tablo 3.36).

Tablo 3.36 Bebeklerin Cinsiyeti, Gestasyonel Yaşı, Doğum Ağırlığı, Hastalık Durumları ve ilk Anne Sütünü Alma Durumları Dağılımı

Bebek Cinsiyeti	Sayı	%
Kız	214	51,2
Erkek	206	48,8
Toplam	420	100,0
Gestasyonel Yaş		
36 ve Altı	16	3,9
37 ve Üzeri	397	96,1
Toplam	413	100,0
Doğum Ağırlığı		
2500 ve Altı	65	15,5
2501-3999	337	80,3
4000 ve Üzeri	18	4,2
Toplam	420	100,0
Bebeğin Hastalık Durumu		
Vardı	43	10,2
Yoktu	377	89,8
Toplam	420	100,0
İlk Anne Sütünü Alma Süresi		
Hemen	252	60,0
Anne Anesteziden Uyanınca	109	26,0
6 Saat ve Üzeri	47	11,1
Almadı	12	2,9
Toplam	420	100,0
Anti-D İmmunglobulin		
Yapıldı	25	6,0
Yapılmadı	4	1,0
Toplam	29	7,0

4.TARTIŞMA

Son yıllarda diğer ülkelerdeki gibi ülkemizde de sezaryen doğum oranı hızla artmaktadır. DSÖ' nün belirlediği sezaryen oranı % 15 olup; sezaryen ile doğumlar gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde bu oranın üzerindedir. Normal doğumun hızla azaldığı, sezaryen ile doğumların daha cazip gibi görüldüğü düşünülürse sezaryen oranlarındaki artışa neden olan etmenlerin saptanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır..

Çalışmamızda Honaz ilçesinde 2009 yılında normal doğum %50,4, sezaryen ile doğum ise %49,6 bulunmuştur. Ülkemiz genelinde sezaryen doğum sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte 2003 TNSA verilerine göre %21,0 civarındadır, ülkemizin İstanbul, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz bölgesinde ise sezaryen oranının %30,0 olduğu saptanmıştır. 2008 TNSA verilerine göre ise Ülke genelinde sezaryen %36,7'ye yükselmiştir. Denizli İl merkezinde 2009 yılı sezaryen %55,2'dir (Denizli İl Sağlık Müdürlüğü).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1998'de sezaryen oranı %14, 2003'te %21,4, 2005'te %40,7, 2006'da %40,3 ve 2007'de %42,5 olarak bildirilmektedir. Kılıç vd. (2002), İzmir'de yaptığı bir çalışmada sezaryen oranı %40,2'dir. Yılmaz vd. (2008) Ağrı il merkezindeki kadın hastalıkları ve doğum hastanesinde yaptıkları bir çalışmada sezaryen oranı 2004'de %9, 2007'de %13'tür. Bartın 2009 brifing'de Bartın ili sezaryen oranı %51,8'dir. Coşkun vd. (2007) Kahramanmaraş il merkezinde yaptığı çalışmada sezaryen oranı %34,4'ten % 40,2'ye yükselmiştir.

Yaşar vd. (2006) primipar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada sezaryen ile doğum %65,9 bulunmuştur. Çalışmamızda ilk kez doğum yapan kadınlarda sezaryen ile doğum oranı %54,5'dir.

Kadının Yaşı:

Çalışmamızda sezaryen olan kadınların yaş ortalaması $27,2 \pm 5,1$ 'dir. 20-34 yaş grubunda sezaryen ile doğum (%51,3) en yüksek olup; 35 ve üzeri yaş grubunda %48,8 19 ve altı yaş grubunda %23,8'dir. Çalışmamızda yaş grupları istatistiksel anlamlıdır.

Kılıç vd. (2004) İzmir'de yaptığı çalışmada 20-34 yaş grubunda sezaryen %40,3, 35 ve üzeri yaş grubunda %54,6, 19 ve altı yaş grubunda %23,3 olarak bulmuştur ve yaş grupları arasında bizim çalışmamızda olduğu gibi istatistiksel anlamlılık vardır. Ocakoğlu vd. (2008) Bursa'da yaptığı çalışmada 18-34 yaş grubunda sezaryen oranı %42,5, 35 ve üzeri yaşta %56,2 olarak bulmuştur. Yumru vd. (2000) en sık sezaryen ile doğumların (%38,1) 20-24 yaş grubunda olduğunu saptamıştır.

Kadının Boyu ve Yaşadıkları Yer:

Çalışmamızda 150 cm ve altında boyu olan kadınların %53,3'ü sezaryen ile doğum yapmışlardır, ancak boy ile doğum şekli arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Ocakoğlu ve ark (2008) yaptığı çalışmada 150 cm ve altı boya sahip olmak doğum için riskli olduğu düşünülen faktör olarak gösterilmiştir.

Çalışmamızda kadınların merkezde ya da köy yerlerinde yaşıyor olmaları doğum şekilleri açısından istatistiksel anlamlı değildir. Ancak Kocabaş merkezde normal doğum oranının (%60,7) yüksek olması halkın çoğunluğunun ekonomik ve kültürel açıdan daha düşük düzeyde ve göçerlerden oluşmasından kaynaklandığı kanaatindeyiz. Ocakoğlu ve ark (2008) yaptığı çalışmada yerleşim yerleri incelendiğinde yarı-kentsel yerde yaşayan kadınların %42,8'i sezaryen doğum yapmışlardır. TNSA 2008 verisine göre, kentte yaşayanların %41,7'si, kırdaki yaşayanların %24,3'ü sezaryen ile doğum yapmışlardır.

Kadının ve Eşinin Öğrenim Düzeyi:

Doğum şeklinin belirlenmesinde sosyal ve ekonomik faktörlerin rolü küçümsenmeyecek boyutlarda olabilir. Sosyo-ekonomik faktörlerin zaman içindeki değişimi toplumun bir parçası olarak hem ailelerin hem de sağlık hizmeti sunucularının

davranış değişikliklerinden sorumlu olabilir. Çalışmamızda sezaryen ile doğum lise ve üzeri eğitimli olanlarda %58,7 ile en yüksek olup; kadının eğitim düzeyinin artması ile sezaryen doğumlarda artış görülmektedir. Yaşar vd. (2007) primpar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada üniversite eğitimli olanlarda sezaryen %74,2 olup; eğitim düzeyi arttıkça sezaryen yüzdelerinin de arttığı bulunmuştur, ancak istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Ocakoğlu vd. (2008), Bursa'da yaptığı çalışmada 8 yıl ve üzeri eğitimli olan kadınlarda sezaryen ile doğumu %49,6 bulmuştur. Ayrıca TNSA 2003'e göre lise ve üzeri eğitim alan annelerde sezaryen ile doğum %49,0 iken, TNSA 2008'de %59,5'e çıkmıştır ve eğitimi olmayan ve ilkokulu bitirmemiş olanların %18,9'u sezaryen ile doğum yapmışlardır.

Çalışmamızda kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri okur-yazar olmayanlarda sezaryen ile doğum oranı (%16,7) en düşüktür. Bu durum, okur-yazar olmayanların Sosyo-ekonomik durumlarının zayıflığından, eşlerinin de öğrenim düzeyinin düşüklüğünden ve sosyal nedenlerden olabilir. Bu hiçbir zaman eğitim-öğretimin yetersiz olması normal doğumu teşvik ediyor şeklinde yorumlanmamalıdır.

Kadının ve Eşinin İşi, Aylık Gelir, Sağlık Güvencesi ve Aile Tipi:

Çalışmamızda kadının işi ile doğum şekli arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuş olup; memur olan kadınlarda sezaryen (%75,0) en yüksektir. Yaşar vd. (2007), primpar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ev hanımı olanlarda sezaryen ile doğum %63,7 iken çalışan kadınlarda %80,5 olup; bizim çalışmamıza uyumlu olarak istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Memurların sosyal güvenceden ve sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanıyor olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan %11,9 kadın vardır. En yüksek sağlık güvencesi (%57,9) SSK'lılara aittir. Sağlık güvencesi Emekli Sandığı olanlarda sezaryen ile doğum (%70,6) en yüksek olup; sağlık güvencesinin doğum şekline anlamlı düzeyde etkisi saptanmıştır. Gül'ün (2008) yaptığı çalışmada doğum şekli ile sosyal güvence arasında anlamlılık bulunmamıştır. Ocakoğlu vd. (2008) Bursa'da yaptığı çalışmada sağlık güvencesi olmayan kadın %12,3 olarak saptamış ve bizim orana (%11,9) yakın bulunmuştur.

Ailenin aylık gelir düzeyi incelendiğinde çalışmamızda gelir düzeyi ile doğum şekli arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Asgari ücretin altında gelire sahip olanlarda sezaryen ile doğum (%42,7) düşüktür. Yaşar vd. (2007) primpar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ekonomik düzeyin yükselmesinin sezaryen ile doğumu (%66,7) arttırdığını belirtmişlerdir, fakat anlamlılık bulunmamıştır. Sayiner vd. (2009) yaptığı çalışmada 1000 TL ve altı gelire sahip kadınlarda sezaryen ile doğum %21,3 iken, 1000TL ve üzeri olanlarda %34,4 olup; istatistiksel anlamlıdır. 2008 TNSA verisine göre hane halkı refahlık düzeyi en düşük olanlarda sezaryen ile doğum %18,1 iken; en yüksek olanlarda %60,9'lara çıkmaktadır.

Çalışmamızda kadınların çok az bir kısmı (%23,7) geniş aile içinde yaşamaktadır. Geniş ailede yaşayan kadınların doğumlarını (%61,2) normal doğum olarak yapmalarında kaynananın etkili olabileceği kanaatindeyiz.

Jinekolojik Öyküleri:

Çalışmamızda da ilk evlenme yaşı (%40,9'dan %54,5'e) ve ilk doğum yaşı (%28,8'den 53,9'a) arttıkça sezaryen ile doğumların arttığı saptanmıştır. İlk evlenme yaşı 18 ve altında olması üreme sağlığı açısından riskli olmasına karşın çalışmamızda kadınların bu yaş grubunda normal doğum (%59,1) yapmış olması dikkat çekicidir. Sayiner vd. (2009), ilk evlenme yaşı 18 yaş ve altı olanlarda sezaryen ile doğum %10,0, 19 yaş ve üzeri olanlarda ise %28,0 bulunmuş olup; bizim çalışmamızla uyumlu olarak ilk evlenme yaşının doğum şekline etkisi anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda iki gebelik arasında geçen süre 2 yıldan az olan kadın %36,1 olup; bunların %52,0'si, 2 yıldan fazla olanların ise %46,1'i sezaryen ile doğum yapmıştır, ancak doğum şekline etkisi bulunamamıştır. Ardışık iki canlı doğum arasında geçen dönemi ifade eden doğum aralıklarının incelenmesi doğum aralığının örüntüsü ve dolayısıyla anne ve çocuk sağlığı hakkında bilgi vermektedir. Kısa doğum aralıkları, anne ve çocuk için yüksek ölüm riski taşımaktadır. Araştırmalar bir önceki doğumun üzerinden 24 ay geçmeden doğan çocuklarda hastalık riskinin arttığını göstermektedir. Kısa doğum aralıkları aynı zamanda anne sağlığını da tehdit eden bir durumdur (TNSA 2008). İki gebelik arasında geçen süre 2 yıldan az olan kadın TNSA 2003'de %27,0

olup, farklı çalışmalarda %23,4 ile %48,1 arasında değişmektedir (Yoldaşcan vd. 2001, Özen vd. 2002).

Çalışmamızda kadınların canlı doğum sayıları 1-2 olanlarda sezaryen ile doğum %50,8, 3-4 olanlarda %47,5 olup; canlı doğum sayısı arttıkça sezaryen sıklığında azalma görülmüştür ve istatistiksel anlamlılık vardır. Sezaryen doğumların ikiden fazla olamayacağı düşünülürse sezaryen doğum yapan kadınlarda canlı doğum sayısının az olması normaldir. Çalışmamızla uyumlu olarak Kılıç ve ark (2004) yaptığı çalışmada 1-2 canlı doğumu olanlarda %43,4, 3-4 canlı doğumu olanlarda %24,9, 5 ve üzeri canlı doğumu olanlarda %3,1 olup; istatistiksel anlamlıdır. Çalışmamızda gebelik ve abortus sayıları ile doğum şekilleri arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır ve ölü doğum sayısı ve ölen çocuk sayısı oldukça az sayıda olup; geçmişinde ölü doğum, abortus, küretajı ve ölen çocuğu olan kadınların sezaryen ile doğum yaptıkları saptanmıştır. Kılıç vd. (2004) yaptığı çalışmada da ölü doğum sayısı ve düşük sayısı oldukça az bulunmuş olup; doğum şekline etkisi bulunamamıştır. Çalışmamızda primipar kadınların %54,5'i sezaryen ile doğum yapmışlardır. %1'i grandmultipardır ve granmultipar kadınların tamamı normal doğum yapmışlardır. Hut (2005) yaptığı çalışmada nullipar %23,9, primipar %32,1 ve grandmultipar %6,4 olarak bulunmuştur. Dayan (2000) yaptığı çalışmada sırasıyla %25, %45, %2,3 olarak bulunmuştur. Sıkar (2007) yaptığı çalışmada gebelerin %68,3'ü primipar, %1'i grandmultipar olarak saptanmıştır.

Kadınların Gebeliklerinin İzlendiği Birim:

Çalışmamızda aile hekimliğinde izlenen gebe kadınlar %61,8 normal doğum yaparken, özel hastanelerde (%62,5) ve üniversite hastanesinde (%66,7) gebe izlemi olan kadınlarda sezaryen ile doğum yüksektir. Devlet hastanesinde izlenen kadınların ise %49,3'ü sezaryen ile doğum yapmışlardır. Gebeliğin izlem yeri ile doğum şekli arasında istatistiksel anlamlılık vardır. Bu anlamlılık aile hekimlerinde gebe izlemeleri olan kadınların daha fazla normal doğum tercihlerinden kaynaklanmaktadır. Yaşar vd. (2007) primipar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada gebeliği özel hastane ve özel muayenehanede takip edilen kadınların daha fazla (%74,0) sezaryen doğum yaptığı saptanmıştır. Tıp fakültesinde gebeliği izlenen kadınlarda sezaryen doğum (%60), sağlık ocağında %52,8 olup; gebe izlem yerlerinin doğum şekillerine etkisi saptanmıştır. Kılıç

vd. (2004) yaptığı çalışmada sağlık ocağında gebe izlemi olan kadınların %41,4'ü, devlet hastanesinde gebe izlemi olan kadınların %51,5, üniversite hastanesinde gebe izlemi olan kadınların %63,5, özel hastane/özel muayenehanede gebe izlemi olan kadınların %62,2 sezaryen ile doğum olmuştur ve istatistiksel anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızla uyumlu olarak özel hastaneler ve üniversite hastanelerinde gebe izlemi olan kadınların sezaryen ile doğuma teşvik edilmeleri dikkat çekicidir.

Çalışmamızda Aile hekimliğinde gebe takip sayısının doğum şekline etkili olduğu bulunmuştur ve izlem sayısı arttıkça sezaryen ile doğum artmaktadır. Diğer sağlık birimlerinde de gebe takip sayısının artması ile sezaryen ile doğum artmaktadır ancak anlamlılık yoktur. Yaşar vd. (2007) yaptığı çalışmada 4-7 izlemi olanlarda sezaryen ile doğum oranı (%72,2) en yüksek olup; bizim çalışmamızla uyumlu olarak istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Riskli gebeliklerin daha sık izlendiği ve doğumlarının sezaryen ile yapılmasında tercih nedeni olduğu düşünülebilir.

Kadınların Doğumu ile İlgili Bazı Özellikleri:

Çalışmamızda kadınlar en yüksek (%91,7) üniversite hastanesinde sezaryen ile doğum yapmışlardır. Sezaryen ile doğum özel hastanede %67,8, devlet hastanesinde ise %37,6 olup; doğum yapılan yerin doğum şekline etkisi bulunmuştur. Yaşar vd. (2007) primipar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada özel hastanelerde %75,0 kadın, devlet hastanesinde %68,3 kadın, tıp fakültesinde ise %51,1 kadın sezaryen ile doğum yapmıştır ve doğum yapılan yer ile doğum şekli arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Kılıç vd. (2004) yaptığı çalışmada özel hastanede sezaryen ile doğum %79,3 olup; Yaşar (2007) ve bizim çalışmamızla uyumludur.

Doğum saatine göre değerlendirildiğinde çalışmamızda sezaryen doğumların mesai saati içerisinde (%64,1) olması dikkat çekiciydi ve doğum şekli ile doğum saati anlamlı bulunmuştur. Yaşar vd. (2007) primipar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla uyumlu olarak sezaryen ile doğum (%69,8) mesai saatinde yüksek bulunmuştur; ancak anlamlılık yoktur. Kılıç vd. (2004) yaptığı çalışmada Sağlık Kurumlarında gerçekleşen doğumlarda sezaryen ile doğumların %62,1'i, vajinal doğumların %45,1'i çalışma saatleri içinde gerçekleşmiştir. Sezaryen ile doğumlarda doğumun çalışma saatlerinde gerçekleşmesinin vajinal doğumlara göre anlamlı olduğu

bulunmuştur. Sezaryen ile doğumların genellikle günün sosyal saatlerinde yoğunlaşması ve bu durum hekimin, ekonomik kazanç kadar zamanını iyi kullanabilme eğiliminde de olduğu düşündürmektedir. Burada piyasa baskısının etkisi tartışılabilir.

Çalışmamızda doğumların %60,8'i hekimler tarafından yaptırılmıştır ve bunların %81,3'ü sezaryendir. Sezaryen ile doğum yaptırma erkek hekimlerde (%83,3), kadın hekimlere (%77,6) göre yüksek olmasına karşın istatistiksel anlamlı değildir. Kılıç vd. (2004) yaptığı çalışmada erkek hekimlerin yaptırdığı doğumların %61,5'i, kadın hekimlerin yaptırdığı doğumların %52,1'i, sezaryen ile doğumlardır. Doktorların cinsiyetine göre doğum şekilleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Sezaryen, maternal ve fetal riskleri artıran bir durumdur ve anestezi bu riskleri daha da artırır. Çalışmamızda sezaryen olan kadınlara %80,0 genel anestezi, %18,0 spinal anestezi, %2,0 epidural anestezi uygulanmıştır. Kara (2004) çalışmasında sezaryen olan kadınlara % 93 genel, % 5 spinal ve % 2 epidural anestezi uygulanmıştır. Yılmaz vd. (2009) yaptığı çalışmada sezaryen ile doğumların %60,1'i genel anestezi, %39,9'u rejyonel anestezi ile yapılmıştır ve yıllar ilerledikçe rejyonel anestezi oranları artarken genel anestezi oranları azalmıştır. Aynı çalışmada 2002 yılında %4,4 olan rejyonel anestezi oranını, 2007 yılı itibarıyla %60,8 olarak tesbit etmişlerdir.

Normal doğumlarda rejyonel anestezi uygulamasının yaygınlaştırılması kadınların doğum ağrısı korkularını yenmelerine ve daha fazla normal doğum yapmalarına etkili olabilir.

Çalışmamızda kadınlara neden sezaryen olduklarını sorduğumuzda %43,2'i doktorların önerisi ile sezaryen olduklarını ifade ederken; eski sezaryen olan %34,4 kadın, kendi isteği ile sezaryen olan % 4,4 kadın vardır. Kadınların %13,2 normal doğumu beklediği halde doğumda problem çıkınca acil sezaryene alındıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda sezaryen olan olguların %33,3'ü eski/mükerrer sezaryen, %7,4'ü sefalopelvik uygunsuzluk (CPD), %18,4'ü fetal distres, %12,0'si ilerlemeyen travay, %3,6'sı iri bebek, %'3,6'sı ikiz/çoğul gebelik, %2,6'sı miad aşımı, %7,3'ü (annenin hastalıkları, sosyal ve diğer endikasyonlar) nedeniyle sezaryen olmuştur. Güney vd.

(2006) sezaryen endikasyonu olarak %27,0 eski sezaryen olup, en sık görülen endikasyondur ve daha sonra sırasıyla baş pelvis uygunsuzluğu %24,7, fetal distres %22,6, makat geliş %8,3 ve diğer endikasyonlar %17,4'tür. Yılmaz vd. (2008) Ağrı da yaptığı bir çalışmada sezaryen endikasyonlarını %51 mükerrer sezaryen, %11 makat geliş, %10 CPD ve %8 fetal distres olarak bulmuştur. Çağlayan vd. (2010) sezaryen endikasyonları son üç yıl için en sık eski sezaryen %34,8 olup, sonrası sırasıyla %27,8 ilerlemeyen travay, %17,6 fetal distres, %8,7 makat geliş, %11,1 diğer endikasyonlar (plesanta dekolmanı, kordon sarkması, çoğul gebelik, transver geliş)'dir. Sezaryen endikasyonları açısından Güney (2006), Yılmaz (2008) ve Çağlayan (2010) sonuçları ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir.

Kadınların Tıbbi Hastalık Öyküsü, Gebelikte Yaşadıkları Sorunlar ve Zararlı Alışkanlığı:

Çalışmamızda kronik rahatsızlığı olan kadınlarda sezaryen ile doğum (% 59,4), olmayanlara (%48,8) göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çalışmamızda gebelik süresince en az bir sorun yaşayan kadının, %65,0'ı sezaryen ile doğum yapmıştır ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlı olup; sezaryen ile doğum yapan kadınlarda gestasyonel diyabet (%73,9) normal doğum yapan kadınlara (%26,1) göre anlamlı şekilde yüksektir. Sezaryen ile doğum yapan kadınlarda hipertansiyon görülme (%66,7) normal doğum yapanlara (%33,3) göre anlamlı şekilde yüksektir. Gül (2008) yaptığı çalışmada sezaryen ile doğum yapan olguların gebelikte hastalık geçirme (%10,6), vajinal doğum yapan olgulara (%3,3) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Vajinal doğum yapan olgularda gestasyonel diyabet görülme (%68,2), sezaryen ile doğum yapan olgulara (%41,5) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yaşar vd. (2007) yaptığı çalışmada gebeliğinde sorun yaşayan kadınların (%67,5) daha fazla sezaryen ile doğum yaptıklarını saptamıştır. Gestasyonel diyabet ve hipertansiyon perinatal maternal morbidite ve mortaliteye yol açabilen gebeliğin önemli komplikasyonlarından biridir ve sezaryen hızını arttıran faktörlerden biridir (Gül 2008). Kadında kronik hastalığı varlığı veya gebeliğinde sorun yaşamış olması sezaryen kararına etkili olmuştur.

Kadınların gebeliklerinde zararlı alışkanları yönünden incelendiğinde sigara kullanımı en yaygın olarak görülmektedir. Çalışmamızda sigara kullanan %8,2 kadın vardır. Ocakoğlu vd. (2008) yaptığı çalışmada %0,5'dir.

Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme Durumları:

Çalışmamızda bilgilendirme olmayan kadınlarda sezaryen ile doğum %53,3'tür. Bilgiyi sağlık kuruluşlarından alanların %86,3'ü, özel doktordan alanların %76,7'si, internet, tv gibi sanal ortamdaki alanların %76,5'i sezaryen ile doğum yaparken; sağlık kuruluşu, özel doktor ve sanal ortamın sezaryen ile doğuma etkisi istatistiksel olarak da anlamlıdır. Sayiner vd. (2009) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızın tam tersi olarak bilgi almamış kadınların % 11,6'sı sezaryen ile doğumu tercih etmektedirler.

Kadınların Doğum Tercihleri ile İlgili Durumları:

Çalışmamızda kadınların %90,1'i normal doğumu tercih etmelerine karşın sadece %50,4'ü normal doğum yapmışlardır ve normal doğum yapan kadınların %96,6'sı bir sonraki doğumlarını da normal doğum yapmak istediklerini ifade etmişlerdir. Sezaryen doğum yapan kadınların ise %38,7'si bir sonraki doğumlarını normal doğum, %19,6'sı sezaryen doğum, %41,7'si ise mecburen sezaryen doğum yapacaklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda kadınların %72,0'inin önceki doğum şekli normal, %18'inin sezaryendir. Balcı vd. (2005) çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %75,6'sı bir sonraki doğum şekli tercihini vajinal doğumdan yana kullanmış, sezaryen olanların ise %9,5'i bir sonraki doğum şeklinin vajinal doğum olmasını istediklerini söylemiştir. Yaşar vd. (2007) primipar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada vajinal doğum yapan kadınların bir sonraki doğum şeklinde vajinal doğumu tercih etme oranı %86,9 sezaryen olanlarında bir sonraki doğumda vajinal doğumu tercih etme oranı %45,4'tür. Aynı çalışmada kadınların doğum tercihi ve bir sonraki doğum tercihi ile doğum şekli çalışmamızla uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Çalışma evreni bizimkinden farklı olan Duman (2006) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada doğum yapan sağlık personelinin %46,9'u normal doğumu, %53,1'i sezaryen doğumu tercih etmiştir. Hiç doğum yapmayan sağlık personelinin doğum tercihleri sorulduğunda %57,4'ü normal doğumu, %23,1'i sezaryen'i tercih ederken, %19,5'i kararsız kalmıştır.

Normal doğumu tercih edenlerin %74,2'si normal doğumun doğal olduğunu, sezaryeni tercih edenlerin %53,8'i normal doğumun ağırlı olduğunu düşünmektedir.

Çalışmamızda gebeliklerini istememiş veya planlamamış olan kadın %15,7'dir. Ocakoğlu vd. (2008) yaptığı çalışmada planlamamış gebelik %2,7 olarak bulunmuştur. Kadınların gebeliklerini isteme durumları kadınların doğum şeklini etkileyen durum olarak düşünülse de çalışmamızda anlamlılık bulunamamıştır. Çalışmamızda da tedavi ile gebe kalan kadınlar daha çok sezaryen doğum (%66,7) yaptıkları bulunmuştur. Yaşar vd. (2007) primipar kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada tedavi ile gebe kalan kadınların daha fazla sezaryen doğum (%71,4) yaptıkları saptanmıştır.

Bebeklerle İlgili Bazı Özellikler:

Çalışmamızda 413 doğumdan çoğul gebeliklerle birlikte 420 canlı bebek vardır, bebeklerin cinsiyetine bakıldığında %51,2'si kız, %48,8'i erkektir ve sezaryenle doğan bebeklerin %53,8'i erkek bebektir. Güney vd. (2006), yaptığı çalışmada 5 yılda sezaryen yolla doğan bebeklerin %53,9'u erkek, % 46,1'i kız bebektir. Özkaya (2005), Erkek fetüs taşıyan gebelerde sezaryen oranı %53,9, kız fetüslerde oran %46,1 olarak bulunmuştur. Konakçı (2002), erkek bebeklerin % 46,6'sı, kız bebeklerin % 47,2'si sezaryen ile doğmuştur ve anlamlılık bulunamamıştır. Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da fetal cinsiyetlerin doğum şekli üzerine etkisi değerlendirildiğinde belirgin bir fark bulunmamıştır. Ülkemiz kültüründe erkek bebeklere daha fazla değer verildiği bilinmektedir ve sezaryen ile doğumu bebek açısından daha güvenli olarak gören annenin bu doğum yöntemini tercih etmesi doğaldır. Çalışmamızda bebek cinsiyetinin doğum şekline etkili olabileceğini beklerken, anlamlı olmamakla birlikte, erkek bebeklerin (%55,6) daha fazla sezaryen ile doğdukları dikkat çekicidir.

Çalışmamızda bebeklerin kilosuna bakıldığında 2500 gr ve daha az kilodaki bebek oranı %15,5 olup; bu bebeklerin %57,0'si sezaryen ile doğmuştur. 4000 gr ve daha fazla kiloda olan bebeklerden %61,2'si sezaryen ile doğmuştur. Sezaryenin yüksek olmasının sebebi bebeğin kilosunun 4000 gr ve üzeri olması iri bebek olarak ifade edilip sezaryen endikasyonu olarak belirtilmesinden kaynaklanabilir. Konakçı (2002) yaptığı çalışmada

düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %56.0'ı, normal doğum ağırlıklı bebeklerin % 46.4'ü, iri bebeklerin %46.9'u sezaryen ile doğmuştur.

Çalışmamızda doğum şekillerine göre bebeklerin anne sütünü alma süreleri incelediğimizde sezaryen ile doğum yapan kadınların anestezi aldıkları için bebeklerini daha geç emzirmişlerdir. Anne sütünü hiç almayan bebeklerin de daha fazla sezaryen ile doğdukları görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar:

Bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Annenin yaşı, çalışıyor olması, öğrenim durumu, ailenin aylık geliri, sağlık güvencesi, aile tipi, ilk evlenme ve ilk doğum yaşı, canlı doğum sayısı, gebeliğin izlenme durumu, doğum yapıldığı yer ve doğum saati, doğum tercihi, önceki doğum şekli doğum şeklinin belirlenmesinde belirleyici etkiye sahiptir.
2. Doğacak bebeğin cinsiyeti ve doğum ağırlığı doğum şeklinin belirlenmesinde etkin değildir.
3. DÖB hizmeti yalnızca kadın doğum uzmanından ve özel hastanelerden alınması ile sezaryen ile doğum oranı anlamlı olarak artmaktadır.
4. Doğum şeklinin belirlenmesinde hekim egemenliği söz konusudur ve hekimler sezaryen ile doğumu gerekliliğinden çok daha yüksek oranlarda yaptırmaktadırlar.
5. Özel hastanelerde ve üniversite hastanelerinde gerçekleşen doğumlarda sezaryen oranı anlamlı olarak yüksektir.

5.2. Öneriler:

Ülkemizde sezaryen oranlarının düşürülmesi doğrultusunda;

- ❖ Kadın hastalıkları ve Doğum uzmanları kadınları normal doğuma teşvik etmelidirler.
- ❖ Kesin sezaryen endikasyonu olmadan sezaryen ile doğum yaptırılmamalıdır.
- ❖ Kadınlar gebeliklerinin başından itibaren izlem altına alınmalı, aile sağlığı birimlerine davet edilmeli, gelmeyen kadınlar ise mutlaka evde izlenmelidir.

- ❖ İzlemler sırasında risk faktörleri iyi takip edilmeli ve kadınların sağlık personeline (ebe, hemşire, hekim) güvenleri sağlanmalı ve gerekmedikçe sevk edilmemelidir.
- ❖ Genel sağlık, gebelik ve doğum yöntemleri ile ilgili başta kadınlar olmak üzere eşler birlikte eğitilmelidir.
- ❖ Eğitimlerde doğumun normal fizyolojik bir olay olduğu, doğada birçok canlının normal doğumla üredikleri anımsatılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akçay, T., Göl, K., Şahin, D., Simsek, M. (2001) Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Güvenilirliği. *TJOD.*, 11:224-7.
- Akış, N., Pala, K., Aydın, N., Sarı, H., Aytekin, N. T. (2004) Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Bölgesindeki Gebelerde Risk Etmenlerinin Saptanması Ve Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 14 (3): 65-72.
- Arslan, H., Demirci, N., Merih, Y.D., Özgür, N., İpekten, M., Güneş, B., Aktaş, G (2007) Sezaryen Doğumların Seçiminde Etkili Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 38: 1-3.
- Balcı, E., Gün, D., Özçelik, B. (2005) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Sevk ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu; *Sağlık Bilimleri Dergisi*,14:91-6.
- Ballantyne, J.W. (1902) The Problem of Postmatür Infant. *J. Obstet. Gynaecol. British Empire*, 2: 521.
- Bartın İl Sağlık Müdürlüğü* (2009) Bartın ili 2009 Brifing, s:23.
- Boran, B., Turker, A., Ekiz, M., Dündar, Ö. (1999) Sezaryen Oranları: Bizde Ne Durumda? *İstanbul JOD.*, 3(3):170-17.
- Caroli, G., Belizan, J. (2000) Episiotomy For Vaginal Birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2, CD000081.
- Chervenak, FA., Kurjak, A. (1996): Postterm Pregnancy. Fetal Considerations, 1st Edition, *The Parthenon Publishing Group Limited*, 571.
- Clement, S. (2001) Psychological Aspects Of Caesarean Section. *Best Practice & Research Clinic. Obstet. Gynaecol.*, 15(1):109-126.
- Cunningham, FG., Gant, NF., Leveno, KJ. (2001): Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: *Williams Obstetrics*, 21st Ed p:537-565.
- Crowley, P. (2003). Interventions For Preventing or Improving The Outcome Of Delivery At Or Beyond Term. *The Cochrane Library*, Issue 2.
- Conway, D.L., Langer, O (1998): Elective Delivery Of Infants With Macrosomia In Diabetic Women: Reduced Shoulder Dystocia Versus Increased Cesarean Deliveries. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 178: 922-925.
- Coşkun, A., Köstü, B., Ercan, Ö., Kıran, H., Güven, M.A., Kıran, G. (2007). Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004 ve 2006 Yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. *TJOD*, 4 (3): 168- 72.

- Coulson, C.C., Cain, J.M. (1999) Medical Legal Ethical Aspects Of Cesarean Section. *Current Obstet. & Gynaecol.*, 9: 53-54.
- Çağlayan, E.K., Kara, M., Gürel, Y.C. (2010) Kliniğimizde Üç Yıllık Sezaryen Oranı ve Endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 2 7: 5 0 - 5 3.
- Dafallah, S.E., Yousif, E.M. (2006) A Comparative Study Of Twin and Triplet Pregnancy. *Saudi Medical Journal*, 25: 502-506.
- De Charney, A.H., Nathan, L. Cesarean Section In (2003) *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 518-529.
- Demir, N. (2001) Normal Doğum. Beksaç, MS., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. (eds). *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Ankara: Medical Network, 1258-1298.
- Denizli İl Sağlık Müdürlüğü (2009) Halkla İlişkiler <denizli.halklailiski@saglik.gov.tr> *İstatistik Şube Müdürlüğü*, Erişim: 19 Mayıs 2011.
- Dölen, İ., Özdeğirmenci, Ö. (2004) Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır? Türkiye'de ve Dünyada Güncel Nedir? *TJOD*, 7:113-117.
- Druzin, M.L., El-Sayed, Y.Y. (2006). Cesarean Delivery On Maternal Request: Wise Use Of Semin. *Perinatoloji Dergisi*, Oct; 30(5):305-8.
- Duman, Z. (2006) Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen İle İlgili Düşünceleri Yüksek Lisans Tezi, *Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Afyon*.
- Erdine, S. (2005) (Editör) Spesifik Sinir Blokları. Rejyonel Anestezi. İstanbul: *Nobel Matbaacılık*, p: 253-270.
- Flamm, B.L., Newman, L.A., Thomas, S.J., Fallon, D., Yoshida, M.M. (1990) Vaginal birth after Cesarean Delivery: Results of A 5-Year Multicenter Collaborative Study. *Obstet. & Gynecol.*, 76: 750-754.
- Gabbe, S.G., Niebyl, R.J., Simpson, J.L. (2002) Cesarean Delivery In: *Obstet. Normal and Problem Pregnancies*, 4th Ed, p:539-606.
- Gamble, J., Creedy, D. (2001) Women's Preference For A Cesarean Section: Incidence And Associated Factors. *Birth*, 23:2.
- Gilstrap, L.C., Cunningham, F.G., Vandorsten, P.J (2002) Cesarean Delivery In *Operative Obstetrics 2nd Ed. Appleton and Lange*, s:257-73.
- Gül, A., Şimşek, Y. (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1996-1998 Yılları Arasında Sezaryen Oranı ve Endikasyonları. *Perinatoloji Dergisi*, 6(1-2): 10-12.

- Gül, N. (2008) Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması Uzmanlık tezi. *İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.*
- Güney, M., Uzun, E., Oral, B., Sarıkan, I., Bayhan, G., Mungan, T. (2006) Kliniğimizde 2001-2005 Yılları Arasında Sezaryen Oranı ve Endikasyonları. *TJOD*, 3(4), 249- 54.
- Heffner, L., Eklin, E., Fretts, R. (2003) Impact Of Labor Induction, Gestational Age, And Maternal Age On Cesarean Delivery Rates. *Obstet. & Gynecol.*, 102, s.287-293.
- Honaz ilçesi nüfus listesi
http://www.yerelnet.org.tr/ilceler/ilce_nufus.php?ilceid=19848 Erişim: 20 Mayıs 2011
- Hopkins, K., Amaral, E. (2006). The Role Of Nonclinical Factors In Cesarean Section Rates in Brazil.
- Hut, F. (2005) Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 Yıllarında Gerçekleşen 6727 Doğum Vakasının Retrospektif Analizi ve Sezaryen Oranları. Uzmanlık tezi. *Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*, İstanbul, 52 sayfa.
- I, Koc. 2003 Increased Cesarean Section Rates In Turkey. *The Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*, 8: 1-10.
- Kara, F.Ş. (2004) Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. *Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*, İstanbul, 57 sayfa.
- Karakuş, A., Sahin, N.H. (2008) Women's Opinions And Perceptions Toward Birth Methods After Birth. *Eur J Contracept Reprod Health Care*.
- Kesim M.E (1986) 307 Sectio Olgusunun Klinik Değerlendirilmesi. *Erciyes Medical Journal*, (8):69-81.
- Kılıç, B., Konakçı, S. (2004). İzmir'de Sezaryen Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler. *TJOD*, 14:88-95.
- King, H., Ashley, S., Brathwaite, D., Decayete, J., Wooten, D.J. (1993). Adequacy Of General Anesthesia for Cesarean Section. *Anest. Analg. Journal. Articles*, 77: 84-88.
- Konakçı, S. (2002). Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen ile Doğum Sıklığı ve Buna Etkili Etmenler. Doktora Tezi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 94 sayfa.

- Kontopoulos, E.V., Ananth, C.V., Smulian, J.C., Vintzileos, A.M. (2004) The Impact Of Route Of Delivery And Presentation On Twin Neonatal And Infant Mortality: A Populationbased Study In The USA, 1995- 97. *J. Maternal & Fetal Neonatal Med.*, 15, s. 219-224.
- Koufmann, T., Liu, D. (2001) Should Caesareans Be Performed Only On The Basis Of Medical Need? *Nursing Times*, 97:17.
- Lieberman, E., Lang, J.M, Cohen, A.P (1997) The Association Of Fetal Sex With The Rate Of Cesarean Section. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 176: 667-671.
- Lo, J.C. (2003) Patients Attitudes vs. Physicians' Determination: Implications For Cesarean Sections. *Social Science & Medicine*, 57: 91-96.
- Lydon-Rochella, M.T (2006) What Indications Are Recorded In The Medical Chart? Repeat Cesarean Delivery *Birth*, Mar; 33(1):4-11.
- Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 2005. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; *Emek Matbaası*, 2001, s. 32.
- Mognelli, M., Wilcoks, M., Gurdosi, J. (1996) Estimating The Date Of Confinement: Ultrasonographic Biometry Versus Certain Menstrual Dates. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 174: 1- 278.
- Morgan, G.E., Mikhail, M.S., Murray, M.J., Larson, C.P. (2004) Klinik Anesteziyoloji. Tulunay M., Cuhruk H. (Çevirenler). 3. Baskı, Ankara: *Günes Kitabevi*, 804-848.
- Nwosu, V.C., Wallach, E.E., Bolognese, R.J. (1966) Initiation Of Labor By Intraamniotic Cortizol Instillation In Prolonged Human Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 96: 901.
- Ocakoglu, H., Gülay, M., Kizek, Ö., İrgil, E. (2008) Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 2005–2006 Yıllarındaki Gebelik Sonuçları ve İlişkili Riskler. Bursa. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6) : 491-496.
- Osis, M., Cecatti, J., Padua, K., Faundes, A. (2000) Brazilian Doctors' Perspective On The Second Opinion Strategy Before A C-Section. *Scientific Electronic Library Online*, 40:2.
- Önderoğlu, L., Deren, Ö., Ayhan, A., Gürkan, T. (1999) Vajinal doğum mu? Sezeryan mı? *Hacettepe Tıp Dergisi*, 30(1):61-65.
- Özen, İ., Bostancı, M., Zincir, M., Demirhan, H. (2002) Bağbaşı ve Kayhan Bölgesindeki Tamamlanmış Gebeliklerin Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 12 (2): 54–58.
- Özkaya, O. (2005) Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 yıllık Doğum Oranları ve Sezaryen Endikasyonları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4): 36-39.

- Park, C., Yeoum, S., Choi, E. (2005) Study Of Subjectivity In The Perception Of Cesarean Birth. *Nursing and Health Sciences*, 7:3-8.
- Paul, R.H., Miller, D.A., (1995) Cesarean Birth; How to Reduce To Rate? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, Jun;172(6): 1903-1907.
- Pena, L., Arulkumaran, S. (2003) Cesarean Section For Non-Medical Reasons. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 82: 399-409.
- Penn, Z., Ghaem-Maghami, S. (2001) Indications For Caesarean Section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, 15(1): 1-15.
- Revenis, M.E., Johnson –Robbins, L.A., Multiple gestations. In. (1999) Avery, G.B, Fletcher, M.A, MacDonald, M.G (eds). Neonatology Pathophysiology And Management Of The Newborn. Philadelphia: *Lippincot Williams and Wilkins*, 473-482.
- Robson, M.S. (2001) Can We Reduce The Caesarean Section Rate? *Best Practice & Research Clinic. Obstet. Gynaecol.*, 15(1): 179-194.
- Sayiner, F.D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı, A. (2009) Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, Cilt: 17(3),
- Shearer, E.L. (1993) Cesarean Section. Medical Benefits And Costs. *Social Science Medicine*, November; 37(10), s: 1223-1231.
- Sıkar, D. (2007) Hastanemiz Antenatal Polikliniğine Başvuran Eski Sezaryenli Gebelerin Demografik Özellikleri ve İlk Sezaryen Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi *Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*, istanbul 48 sayfa.
- Speert, H. (1994) Obstetri ve Jinekoloji: Tarih ve İkenografi, San Francisco: *Normal publishing*, 270-281.
- Şahin, N.H. (2009) Seksio - Sezaryen: Yaygınlığı Ve Sonuçları 94. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:3.
- Şener, E.B., Guldogus, F., Karakaya, D., Baris, S., Kocamanoglu, S., Tur, A. (2003) Comparison Of Neonatal Effects Of Epidural and General Anesthesia For Cesarean Section. *Gynecol. & Obstet. Invest.*, 55:41-45.
- Tatar, M., Günalp, S., Somunoğlu, S., Demiral, A. (2000) Women's Perceptions Of Caesarean Section: Reflections From A Turkish Teaching Hospital. *Social Science and Medicine*, 50(9): 1227-1233.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi *Ankara*, 2010.

- T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı 2006. *Ankara*, 2007, s. 43–99.
- Turnbull, D.A., Wilkinson, C., Yaşar, A., Carty, V., Svigos, J.M., Robinson, J.S. (1999) Women's Role And Satisfaction In The Decision To Have A Caesarean Section. *Med. J. Australia*, 170:580-583.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA–2003) *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)* Bölüm 3-Bölüm 4. 2003, s. 33–60.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA–2008). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)* Bölüm 3-Bölüm 4. 2003, s. 33–60.
- Venture, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C., Mathews, T.J. (1998) Report Of Final Natality Statistics, 1996. *Monthly Vital Statistics Report*, 46(11): 1-99.
- Walker, R., Turnbull, D., Wilkinson, C. (2004) Increasing Cesarean Section Rates: Exploring The Role Of Culture In An Australian Community. *Birth* 31(2).
- Williams Obstetrics (2001) F.Gary Cunningham et al. 21st ed. Mc Graw W-Hill.
- World Health Organisation (1969) Prevention Of Perinatal Morbidity And Mortality. Geneva: *WHO; Public Health*, p. 4.
- World Health Organization (1985) Appropriate Technology For Birth. *Lancet*; 24: 436-437.
- Yaşar, Ö., Şahin, F., Coşar, E., Köken, N.G., Cevrioğlu, A.S. (2007) Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *TOJD*, 17:414-420.
- Yıldırım, G., Özdemir, İ.A., Aslan, H., Gülkılık, A. (2006). Miadında Makat Doğumlarda Erken Neonatal Sonuçlar. *Perinatoloji Dergisi*, 14 (2): 66-72.
- Yıldız, A., Köksal, A., Çukurova, K., Keklik, A., Çelik, N., İvit, H., (2010). Bir Obsetetrik Kliniğinde 15 Yıllık Period Süresince Sezaryen Oranları ve Endikasyonlarının yıllara göre dağılımı. *Nobel Medicine*, 6: 10 -14.
- Yılmaz, E. Kara, M. Okumuş, B., Aran, E., (2008) Ağrı il Merkezinde 2004 ve 2007 yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. *Perinatoloji Derg.* 16: 26-31.
- Yılmaz, M., İsaoglu, Ü., Kadanalı, S. (2009) Kliniğimizde 2002-2007 Yılları Arasında Sezaryen Olan Hastaların İncelenmesi. Erzurum. *Marmara Medical J.* 22(2):104-110.
- Yoldaşcan, E., Öner, S. (2001) Adana Kırsal Ve Yarı Kırsal Alanda Yaşayan Gebe Kadınların İzlem Fişlerinden Saptanan Risk Faktörleri. *1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı.*, s. 279.

Yumru, E., Davas, İ., Baksu, B., Altıntaş, A., Altın, A., Mert, M. (2000) 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları. *Perinatoloji Dergisi*, 8 (3) : 94-98.

EKLER

Ek 1. Araştırmada Uygulanan Anket Formu

Ek 2. Araştırma İzin Formu

EK 1. ANKET

‘DENİZLİ HONAZ İLÇESİ 2009 YILI DOĞUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, SEZARYEN SIKLIĞI VE BUNA ETKİLİ ETMENLER’ adlı araştırma kapsamında size bu anket uygulanacaktır. Araştırmada kullanılan veriler bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Anketi cevaplamayı kabul ettiğiniz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Hemşire: BELKIZ KILLI

P.A.Ü.Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

ARAŞTIRMA FORMU

1. Kadının Adı Soyadı:.....
2. Yaşı:.....
3. Boyu:.....
4. Yaşadığı Yer: İlçe Köy(adı:.....)
5. Medeni durumu: Bekar Evli Dul İmam nikahlı
6. Kadının Öğrenim Durumu: Okur-Yazar Değil Okur-Yazar
 İlkokul Mezunu Ortaokul Mezunu
 Lise ve dengi okul mezunu Yüksekokul Mezunu
7. Eşinin Öğrenim Durumu: Okur-Yazar Değil Okur-Yazar
 İlkokul Mezunu Ortaokul Mezunu
 Lise ve dengi okul mezunu Yüksekokul Mezunu
8. Kadının yaptığı iş: Ev hanımı İşçi İşveren Memur
 Ücretsiz aile işçisi (kendi bağ,bahçe tarla işleri)
 Diğer.....
9. Eşinin yaptığı iş: İşçi Memur İşveren Kendi hesabına çalışıyor
 Çalışmıyor(işsiz) Diğer.....
 Ücretsiz aile işçisi(kendi bağ, bahçe tarla işleri)
10. Ailenin Toplam Aylık Geliri: (yaz).....
11. Aile Tipi: Çekirdek Aile Geniş aile Diğer.....
12. Kadının Sağlık Güvencesi nedir? SSK Bağ-Kur Yeşil Kart
 Özel Sigorta Güvencesi yok
 Emekli sandığı Diğer.....

13. Jinekolojik Öyküsü:

Şuan ki gebelik durumu	İlk Evlenme Yaşı	İlk Doğum Yaşı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Küretaj Sayısı	*Düşük Sayısı	**Ölü Doğum Sayısı	Canlı Doğum Sayısı(son doğum dahil)

***düşük**:gebeliğin 20 haftası tamamlanmadan önce (ya da bebek 500 gr lık ağırlığa erişmeden önce) herhangi bir nedenle gebeliğin bitmesidir.

****ölü doğum**: Ölü doğum 20. gebelik haftasından sonra anne karnında ölen bebekler için kullanılan bir terimdir.

14. Varsa bir önceki gebeliğin sonlanma tarihi nedir?.....(yıl)

15. Son gebeliğin izlendiği sağlık kurumu neresidir?

- Aile Hekimi ve personeli Özel Doktor Devlet Hastanesi
 Hiç izlem olmadı Diğer

16. Son gebelik süresince gebenin izlenme sayısı: Evde..... kez

Aile Hekiminde.....kez

Hastanede.....kez

17. Doğum sonrası bebeğin izlenme sayısı: Evde..... kez

Aile Hekiminde.....kez

Hastanede.....kez

İzlenmedi

18. Son doğumun gerçekleştiği yer neresidir?

- Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi Özel Hastane Evde

19. Doğumu kim yaptırdı? Hekim Ebe Diğer

20. Doğumu yaptıran hekimin cinsiyeti nedir? Kadın Erkek

21. Doğumun gerçekleştiği tarih :

22. Doğumun gerçekleştiği zaman saat olarak kaçtır? Saat:

23. Kadında herhangi bir kronik hastalık mevcut mu? Evet Hayır

Varsa nedir?.....

24. Gebelik süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşandı mı?

- Hipertansiyon Ödem Proteinürü Konvülsiyon
 Gestasyonel Diyabet Gebelik zehirlenmesi Diğer

25. Annenin gebelikte zararlı alışkanlıkları mevcut muydu?

- Yok Sigara Alkol Diğer.....

26. Doğum şekli nedir? Normal Sezeryan Müdahaleli

27. Sezaryen ise sezaryen olma nedeni nedir?

- Kendi isteğiyle Eşinin isteğiyle Ailedeki diğer fertlerin isteğiyle
 Doktor önerdi Normal doğum beklendi ancak gerçekleşmedi
 Diğer

(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

28. Bir önceki doğum şekli nedir? Normal Sezeryan Müdahaleli

29. Bir önceki doğum şekli sezaryen ise sezaryen olma nedeni nedir?

- Kendi isteğiyle Eşinin isteğiyle Ailedeki diğer fertlerin isteğiyle
 Doktor önerdi Normal doğum beklendi ancak gerçekleşmedi Diğer

(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

30. Annenin doğum tercihi neydi? Normal Doğum Sezaryen

31. Annenin bir sonraki doğum tercihi nedir? Normal Doğum Sezaryen

32. Bu gebeliği planlamış mıydınız? Evet Hayır

33. Gebelik kendiliğinden mi yoksa herhangi bir müdahale sonucu mu gerçekleşti?

- Kendiliğinden Tüp bebek Aşılama ile Diğer

34. Anestezi şekli nedir?

- Genel Anestezi Spinal Anestezi Epidural Anestezi Anestezi uygulanmadı

35. Gebelik süresi içerisinde doğum yöntemleri hakkında kadının veya ailenin bilgilendirilme durumu: Bilgilendirilme olmadı Bilgilendirildi

36. Bilgilendirilme oldu ise bu bilgiye nereden ulaşıldı?

- Sağlık kuruluşlarından Ebe,Hemşire, Sağlık memuru
 Özel doktordan Tanıdıklardan
 İnternet, TV gibi kitlesel iletişim araçlarından Diğer

37. Bebeğin cinsiyeti nedir?

- Kız Erkek

38. Doğumdaki gebelik haftası hft.

39. Bebeğin doğum kilosu: Ölçülmedi Ölçüldü (.....gr) Bilmiyor

40. Bebeğin boyu : Ölçülmedi Ölçüldü (.....cm) Bilmiyor

41. Bebeğin doğumdan gelen bir sakatlığı, hastalığı veya emmeye engel bir durumu var mıydı? Yok Var (ise nedir?).....

42. Bebek ilk anne sütünü doğum sonrası ne kadar süre sonra aldı?

- Hemen Anne anesteziden uyanınca
 6 saat ve üzeri zaman diliminde Almadı

43. Annenin kan grubu:

44. Babanın kan grubu:

45. Bebeğin kan grubu:

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİSYONU

Sayı : B.30.2.PAÜ.0.20.05.09/21
Konu :

02.02.2011


Sayın;
Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

İlgi: 13.10.2010 tarihli dilekçeniz.

“Denizli Honaz İlçesi 2009 yılı Doğumlarının Değerlendirilmesi, Sezaryen Sıklığı ve Buna Etkili Etmenler” konulu çalışmanıza ilişkin yapmış olduğunuz, istenilen düzeltmeleriniz 25.01.2011 tarih ve 02 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Komisyona bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.



Prof. Dr. S. Simin ROTA
Başkan

ÖZGEÇMİŞ

27.09.1985 tarihinde Kahramanmaraş/Elbistan'da doğdu. İlköğretimini Denizli Yenicekent Atatürk İlköğretim Okulunda, lise öğrenimini Denizli Mehmet Akif Ersoy (Yabancı Dil Ağırlıklı) Lisesinde, yüksek öğrenimini ise On dokuz Mayıs Üniversitesi Amasya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde, 2007 yılında tamamladı. 2007 yılından beri Denizli'de özel bir hastanede hemşire olarak görev yapmaktadır.