

T. C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİPAR KADINLARIN DOĞUM TERCİHLERİ VE BUNU  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Öznur YAŞAR**

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Figen KIR ŞAHİN**

**Tez No: 2006-037**

**2006-AFYON**



## ÖZET

### **Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler**

Bu çalışma ilk kez doğum yapan kadınların doğum şekli ile ilgili tercihlerinin belirlenmesi, doğum şeklinin tercihinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamız, Mart 2006/Mayıs 2006 ve Eylül 2006 aylarında Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Afyonkarahisar Kocatepe Devlet Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, Fuar Hastanesi Doğum Servis'lerinde ilk kez doğum yapan hastalardan araştırmaya katılmayı kabul edenlerin tamamına örneklem seçilmeden uygulanmıştır. Araştırmamıza katılmayı kabul eden 314 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Bu üç ayda 612 ilk doğum meydana gelmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, 43 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda kadınların demografik özellikleri, sosyo-kültürel özellikleri, gebelik özellikleri, doğum şekli, doğum endikasyonu, annelerin doğum şekline ilişkin tercihleri, doğum tercihinde etkili kişilerin belirlenmesine ilişkin sorular yer almaktadır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler (yüzde, minimum, maximum, v.b.) korelasyon analizi ve ki-kare test kullanılmış, anlamlılık seviyesi olarak  $p<0,05$  alınmıştır.

Araştırma sonucunda araştırmaya katılan kadınların %74,0'ü vajinal doğumu, %22,6'sı sezaryen doğumu tercih etmiştir. Sezaryen olma sebebine bakıldığında kendi isteği ile sezaryen olan kadın oranı ise %6,8 bulunmuştur.

Bir önceki doğum şeklinin sezaryen doğum olmasının kadınların sezaryen tercihi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür.

Doğum tercih etme durumlarına bakıldığında kadınların eğitim durumu, gebelik öyküsü arasında anlamlı bir fark bulunmamış, ekonomik durumun yükselmesi ile sezaryen tercihinin arttığı tespit edilmiştir.

Bununla beraber kadınların doğum şekli kararında doktorların en büyük rolü üstlendiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların doğum şekilleriyle ilgili olarak yeterli bilgilendirilmedikleri tespit edilmiştir.

Gebelere antenatal bakım sırasında tam bir eğitim ve danışmanlık hizmeti verilerek kadınların doğuma ilişkin bilgi eksikliğini giderilmesi ve doğuma hazırlanması bu düşünceden hareketle sağlık personelinin de bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür.

**Anahtar kelimeler;** doğum tercihi, elektif sezeryan, normal doğum, sezaryen doğum, sezaryen oranı

## SUMMARY

### **Birth Method Choices of Primipar Women and the Factors Which Have an Effect on These Choices**

This study has been carried out in order to determine the choices of women who have given their first birth with regard to method of birth and to look into the factors affecting these choices of birth method.

This study has been applied to all the patients who were willing to participate and who gave their first births in the maternity wards of Afyonkarahisar Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Hospital of Practice and Research, Afyonkarahisar Kocatepe Public Hospital, Zübeyde Hanım Hospital for Birth and Children Care and Fuar Hospital without choosing particular specimens. 314 patients who were willing to participate were included in the study. 612 women have given birth to their first child within these three months.

A survey comprising of 43 questions was used as a data gathering device. There were questions in the survey seeking to find answers as to the demographic, socio-cultural and pregnancy features of women, birth indications, the choices of mothers-to-be with regard to the method of birth and the person who are influential in the choice of the method of birth.

Descriptive criteria (percent, minimum, maximum etc.), correlation analysis and Fischer test were used in the data analysis process and  $p < 0,05$  was determined as the level of significance.

At the end of the study 74,0 % of the women opted for vaginal birth while 22,6% of them chose caesarian method of birth. When we look into the reasons for caesarian method, the percentage of the woman who have this kind of birth on their own will is 6,8%.

The fact that their previous birth methods were caesarian had a significant effect on women's choosing caesarian method.

When we look into the reasons of choosing one of these methods, there were no significant difference with regard to their level of education or pregnancy history,

but there was a significant difference between the birth method choice and their levels of income.

In addition to these, doctors were seen to have an important role in the decision of birth method.

It is noted that the women participating in the study weren't properly informed about birth methods.

It is thought that it is necessary to prepare the women for birth and eliminate the lack of information by offering a complete educational services and counseling opportunities during the antenatal care for the pregnant women and to be able to do this health personnel have to be made more conscious about the matter.

**Key Words:** Birth preference, elective caesarean, normal delivery, caesarean delivery, rate of caesarean.

## 1.GİRİŞ

Doğum eylemi, son menstural periyoddan 40 hafta sonra konsepsiyon ürünü olan fetus ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Sezaryen anne ve fetus için tehlikeli kabul edildiğinde, doğumun gerekli olduğu fakat eylemin uyarılmadığı hallerde distosi veya fetal özelliklerin belirgin risk oluşturduğu ve vajinal doğum için kontrendike olduğu durumlarda ve acil bir durumun süratli doğumu gerektirdiği fakat vajinal yolun imkansız olduğu hallerde endikedir (1).

Son 15 yılda sezaryen oranı devamlı artarak %5'den %20'nin üzerine çıkmıştır (2). Dünyada sezaryen prevalansının artışı uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (3). Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konudaki önerisi sezaryen ile doğumların tüm doğumlar içindeki oranın %15 ile sınırlı kalması yönündedir (4,5). Bir çok ülkede artan bu sezaryen oranını düşürmek için çalışmalar yapılmaktadır (6). Sezaryen doğumun bu kadar çok yükselmesi daha yüksek ölüm oranı ve hastalık oranı ile ilişkilendirilmekle birlikte sonraki doğumlar içinde tehlike oranını ve doğum öncesi bakım oranını dolayısıyla maliyeti de artırmaktadır (3,7,8).

Sezaryen ile doğum için geçerli klinik endikasyonlar sezaryenle doğum şeklini açıklamada yetersiz kalmaktadır (5). Artışın başlıca sebebi olarak, kadınların kendilerinden kaynaklanan tercihler gösterilmektedir (9). Türkiye'de tıbbi gerekçenin dışında yanlış ve eksik bilgiler ışığında isteğe bağlı yapılan sezaryenin sezaryen oranını artırdığı düşünülmektedir (10).

Günümüzde anne adayları sezaryeni daha güvenli bir teknik olarak algılamaktadırlar. Doğum yapılan hastane, hekimin cinsiyeti, gebelikte alınan antenatal takip sayısının yüksek olması (4'ün üzeri) gibi etmenlerin sezaryen hızını artırdığı öne sürülmektedir (5).

Bazı çalışmalara göre de, ailenin sosyoekonomik düzeyi, annenin öğrenim düzeyi, anne yaşının ileri olması, kentsel bölgede yaşıyor olmak, özel sigortalı olmak, doğumunu özel hastanede yapıyor olması, sezaryen oranını artırıcı yönde etki göstermektedir. Erkek fetusta da sezaryen oranının yüksek olduğunu gösteren bir araştırma da söz konusudur (5,11).

Obstetriğin psikolojik yönlerini anlamaya dönük çalışmalar da günümüzde gittikçe artmaktadır. Fiziksel yönden sağlıklı anne ve fetus yanında psikolojik yönden de problemi olmayan bir aile elde etmek önemlidir. Sezaryen sonrası çeşitli konularda problemler ortaya çıkmaktadır. Annelik hissi, depresyon, posttravmatik stres hastalığı, anne yenidoğan ilişkisi ve emzirme gibi konular yeni doğum yapmış anneyi etkilemektedir. Tüm bunların anlaşılması ve önlenmesi maternal bakımın önemli bir parçasıdır. Hastalar sezaryen sonrası hem doktordan hem hemşireden bilgi alma ihtiyacı hissetmektedirler. Ancak yapılan çalışmalar hastanın bu bilgiye yeterli oranda ulaşmadığını göstermektedir (12).

Hastaların sezaryen seçiminin en önemli sebeplerinden birisinin de bilgilendirilme azlığı veya yetersizliği olduğu bilinerek ve sezaryen doğum artışının uluslararası bir sorun olarak kabul edildiği düşünüldüğünde bu sorun gebeliğin başlangıcından, doğum anı, postpartum dönem dahil her aşamada hasta yanında bulunan hemşirelerde büyük sorumluluklar yüklemektedir.

Hemşirelerinde doğum şekilleri, doğum şekillerinin avantaj ve dezavantajları, bebek bakımı ve puerperal bakım konusunda daha bilinçlendirilerek tüm gebeleri bu konular hakkında bilgilendirmesi gerekmektedir.

Bu çalışma ülkemizde kadınların doğum şekli ile ilgili tercihlerinin belirlenmesine yönelik hiç çalışma olmamasından yola çıkarak, ilk kez doğum yapan kadınların doğum şekli ile ilgili tercihlerinin belirlenmesi ve doğum şeklinin tercihinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Normal Doğum

Doğum eylemi, düzenli gelip giden rahatsız edici sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik süreçtir. Serviksin bu incelmesi ve genişlemesi, fetusun uterustan, doğum kanalı yolu ile doğmasına izin verir (13).

İnsanlarda gebeliğin süresi döllenmeden itibaren 266 gün veya düzenli adet gören 28 günlük sikluslu kadınlarda, son adetinin ilk gününden hesaplandığında 280 gün veya 40 haftadır (13).

#### 2.1.1. Doğum Eylemi İçin Gerekli Faktörler

- 1) Doğum kanalı
- 2) Doğum objesi
- 3) Doğum eylemindeki güçler
- 4) Annenin psikolojisi (1,14,15)

#### a)Doğum Kanalı

##### - Kemik Pelvis

Kemik pelvis linea terminalis denen hayali bir çizgiyle ikiye ayrılır. Üstte kalan kısma büyük pelvis veya yalancı pelvis, altta kalan kısma küçük pelvis ya da hakiki pelvis denir. Doğum için küçük pelvis önemlidir (1).

Küçük pelvis, yanlarda iskium arkada sakrum ve koksiks, önde pubis ile çevrilidir. Küçük pelvis, pelvik girim, orta pelvis, pelvik çıkım olmak üzere üç kısma ayrılır (15).

#### a)Pelvik Girim

Pelvis giriminin dört kuturu vardır. Ön-arka kutur, transvers kutur, iki tane oblik kutur. Ön-arka kutur promontoryum ortasından simfisis pubis üst ucuna kadar uzanır. Bu kutrun değişik noktalardan ölçülmesiyle 3 tane konjugata elde edilir. Bunlar konjugata vera, konjugata obstetrika ve konjugata diagonalisdir (1,16).

**Konjugata vera**, promontoryumdan simfisis pubisin üst kenarına kadar uzanan mesafedir ve 11,5 cm'dir (13,15).

**Konjugata obstetrika**, promontoryumdan simfisis pubis ortasına kadar uzanır ve 11 cm'dir (1).

**Konjugata diagonalis**, promontoryumdan simfisis pubisin alt ucuna kadar uzanır ve 12,5 cm'dir (1). Pelvisin dıştan ölçülen tek iç kutru diagonal konjugatadır. Obstetrik konjugatanın uzunluğu diagonal konjugatanın uzunluğundan tahmin edilir. Vajinal muayenede muayene eden elin orta parmağıyla sakral çıkıntıya ulaşmaya gayret edilir. Serbest elin işaret parmağı, pubis simfisisin alt kenarının muayene eden elin işaret parmağının metakarpofarenjial eklemine yakın yerleşme noktasını belirler. Diagonal konjugata olan bu ölçüm, genellikle obstetrik konjugatı 1,5-2 cm kadar geçer. Diagonal konjugata çoğu doktorun parmağından uzundur. Bu nedenle vajinal muayenede sakral promontuara ulaşırsa, pelvis giriminin antero-posterior çapının yeterliliğinden şüphe edilir (13,15).

### **b)Orta Pelvis**

Pelvis kavitesi, üstte pelvis girimi, altta pelvis çıkımı ve etrafında da pelvis duvarları olan bölgedir. Pelvis kavitesinin en dar kutru olan iskial spinalar arasındaki kutur pelvisin en dar kutrudur. Normalde uzunluğu 10,5-11 cm'dir. Vajinal muayenede iskial spinalar belirgin olarak hissedilirse orta pelviste bir darlıktan şüphe edilir. İskial spinalar, fetus başının ilerlemesini izlemek için kullanılır (1).

### **c) Pelvik Çıkım**

Önde subpubik kemer, lateralde iskial tuberositler ve arkada sakrumun ucu ile sınırlıdır (15).

**Ön-arka kutur**, simfisis pubisin alt ucundan sakrumun ucuna kadar uzanır 9,5 cm'dir. Çıkımın en uzun kutrudur (1).

**Transvers kutur**, iskial tuberositler arasındaki mesafedir 11 cm'dir. Bu kutur çıkımın en dar kutru olduğundan normalin altındaki ölçüler tehlikelidir (1).

**Posterior sagittal kutur**, iskial tuberositler arasındaki mesafenin ortası ile sakrumun ucu arasındaki kutura verilen addır 8-10 cm'dir. Çıkımdaki darlık aynı zamanda orta pelvisteki bir darlığa da işaret edeceğinden önemlidir (1).

### **Pelvis Tipleri**

Maternal pelvis tipi doğum eylemini etkilemektedir (15). Pelvis tipleri girimin en geniş enine çapın arkasındaki kısmının biçimi değişkendir. Bu değişkenlik dört tip pelvisin ayırıcı özelliklerini oluşturur (13).

**-Jinekoid pelvis;** jinekoid pelvis doğum eylemini en iyi geçirendir (1,13,15).

Girim yuvarlak , ovaldir ve enine çap anteroposterior çaptan biraz fazladır. Girimin biçimini yansıtırmasına, enine çap ile sakral promontuar uzaklığı, enine çap ile pubis simfisisi uzaklığından biraz küçüktür. Düz yan duvarlar, çıkıntısı az olan iskial dikenler, eğik bir sakrum ve geniş pubis kemeri, fetusun geçişini kolaylaştıran özelliktedir. Diğer pelvis tiplerinin özellikleri bu kadar olumlu değildir (13).

**-Andropoid pelvis;** oval şeklindedir, iskial spinalar belirgindir özelliği anteroposterior çapının enine çaptan fazla oluşudur (1). Fetal baş sıklıkla oksiput posterior angaje olur ve doğum bu şekilde gerçekleşir (1,15).

**-Android pelvis;** erkek tipi pelvistir, üçgene benzer. Pelvis kanalı huni şeklinde yukarıdan aşağı gittikçe daralır. Bu pelvis tipinde bebek başı posterior veya transvers yerleşir ve rotasyon yapamaz. Genellikle rotasyon ve çekme işlemi için forsepe ihtiyaç duyulur. Vajinal doğum güç olur (1).

### **-Platypelloid pelvis**

Kadın tipi pelvisin biraz daha transvers doğrultuda, elips şeklini almış halidir. Transvers kutru daha geniştir. Genellikle bu tip pelviste bebek sezaryenle doğurtulur (1).

### **b) Doğum Objesi**

Fetal baş boyutları termde vücuttan daha büyüktür ve doğumda en zor olan parçadır (13). Kafatasını 4 büyük yassı kemik meydana getirir. Bunlar

- İki parietal
- Bir frontal
- Bir oksipital
- İki temporal kemiktir (1).

Kemik hudutlarındaki membranla kaplı olan aralıklara sütur, sturların birleŖtiđi kŖelere de fontanel adı verilir. Kafa kemikleri bu sütur ve fontaneler sayesinde doğum kanalından geçerken birbiri üzerine gelerek Ŗekil deđiŖtirebilir. Böylece doğum kanalı ile doğum objesi arasında uyum sađlanmıŖ olur. Aynı zamanda bu sütur ve fontanelerin doğum izlenmesinde de rolü vardır (1).

### **Fetal baŖta bulunan önemli süturlar**

**Sagital sütur;** iki parietal kemik arasında yer alır.

**Koronal sütur;** parietal ve frontal kemikler arasında yer alır.

**Lomboidal sütur;** parietal kemikler ile oksiput kemiği arasında yer alır.

**Frontal sütur;** iki frontal kemik arasında yer alır. Sagital sturun devamıdır (1,16).

Sturların birleŖmesi ile meydana gelen fontaneler iki tanedir. Büyük fontanel frontal, sagital ve koronal sturların birleŖmesi ile meydana gelir. Küçük fontanel yada arka fontanel sagital ve lomboidal sturların birleŖmesi ile meydana gelir. Her iki fontanelden de klinik olarak anne pelvisine göre, fetus baŖının pozisyonunun belirlenmesinde yararlanılır.

Fetal baŖ doğum mekanizması yönünden bazı bölgelere ayrılır.

**Sinsiput;** frontal kemiğin üstünde büyük fontanelin önünde kalan kısımdır.

**Bregma;** elmas Ŗeklinde ki n fontaneldir.

**Vertex;** n ve arka fontaneler arasında kalan kısımdır.

**Oksiput;** küçük fontanelin arkasında, oksiput kemiğin üstünde kalan kısımdır.

**Posterior fontanel;** arka sturların birleŖtiđi kısımdır.

**Mentum;** fetusun enesi

**Brow;** alın (1,17)

### **Fetal kafatasının kuturları**

İki transvers kutru vardır;

**Biparietal kutur;** biparietal kemikler arasında bulunur ve 9,5 cm ile en uzun transvers kuturdur.

**Bitemporal kutur;** temporal kemikler arasında ve 8 cm uzunluğundadır.

n-arka kuturlar 4 tanedir.

**Oksipito-frontal kutur;** oksipital çıkıntı ile burun kökü arasındaki mesafedir ve

11 cm uzunluğundadır.

**Subokspito-bregmatik kutur;** oksipital kemiğin alt kısmı ile bregma arasındadır. 9,5 cm ile en dar ön-arka kuturudur.

**Oksipito-mental kutur;** oksiputun üst kısmından çeneye kadar olan mesafedir. 13,5 cm ile en uzun ön-arka kuturdur.

**Submento-bregmatik kutur;** alt çenenin boyun ile birleştiği yer ile bregma arasında uzanır 9,5cm'dir (1,16).

### **Fetal Prezantasyon, Pozisyon ve Duruş**

Fetal prezantasyon, girim üzerinde yerleşen fetal parçadır. Fetusun pelvise giren vücut kısmına prezente olan veya gelen kısım adı verilir (8,15). Normal şartlarda %95 sefalik (vertex) prezantasyonu görülür. Makat prezantasyonu %4, yüz, omuz ve alın prezantasyonları daha az sıklıkta görülür (15).

Fetusun çeşitli vücut kısımlarının birbiri ile olan ilişkisine fetusun anne karnında duruşu denir. Genelde fetusun uterus içi karakteristik duruşu sırt kavisli, baş öne doğru eğik, çene göğse yakın, kollar göğsün önünde birleşmiş, üst bacak abdomene doğru flexionda ve dizler bükülüdür (1).

Fetusun anne karnında duruşu ve pelvise giren kısmının tayininden sonra bebeğin gelen kısmının anne pelvisi ile olan ilişkisinin saptanması büyük önem taşır. Pozisyon deyimi, bebeğin prezente olan kısımlarından özel olarak seçilen bir noktanın, anne pelvisinin özel kısımlarıyla olan ilişkisini belirlemek için kullanılır. Bebeğin prezente olan kısımlarından özel olarak seçilen noktalar şunlardır; vertex prezantasyonunda oksiput, yüz prezantasyonlarında çene, makat prezantasyonlarında sakrum, omuz prezantasyonlarında ise skapula. Anne pelvisi ise anterior, transvers ve posterior sağda, anterior, transvers ve posterior solda olmak üzere altı özel parçaya ayrılır (1,9).

Baş prezantasyonlarında bebeğin başı keskin bir flexion yapmışsa, prezente olan kısım vertex olacaktır. Bu durumda oksiput anne pelvisinin sol ön parçasında bulunuyorsa pozisyon left oksiput anterior (LOA) olarak adlandırılır. Eğer oksiput direk anne pelvisinin solunda ise left oksiput transvers (LOT) pozisyonundan bahsedilir. Eğer oksiput anne pelvisinin sol arkasında bulunuyorsa left oksiput posterior (LOP) pozisyonundan bahsedilir. Aynı pozisyonlar anne pelvisinin sağ

parçaları içinde söz konusudur. Yüz ve makat gelişler için altı pozisyon söz konusudur ancak omuz gelişlerde dört pozisyon vardır. Sağ anterior ve posterior, sol anterior ve posterior. Bu pozisyonlardan en sık görülen pozisyon LOA' dır (1).

### **c) Doğum Eyleminde ki Güçler**

Doğumu yaratan en önemli güç uterus kaslarının kontraksiyon ve retraksiyonudur (17). Fizyolojik kas kontraksiyonları arasında yalnızca uterusunkiler ağrılıdır. Bundan dolayı birçok dilde bu tür kontraksiyonlara sancı denir (18). Sancının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli hipotezler öne sürülmektedir. Bunlar

- 1) Kontrakte myometrium hipoksisi
- 2) Serviks ve aşağı uterusu sıkıca kenetlenmiş kas demetleri tarafından sinir ganglionlarının kompresyonu
- 3) Dilatasyon sırasında serviksin gerilmesi
- 4) Fundusu örten peritonun gerilmesi (14,18).

Aktif eylemin başlangıcındaki kasılmalarla uterusun zayıf rejional aktivitesi kaybolur. Kontraksiyonlar regüler, güçlü, iyi koordine olmuş 2-3 dakikada aralıkla gelir. Başlangıçta kontraksiyonların intensitesi 20-30 mmHg' dır. Eylem ilerledikçe 50 mmHg'ya çıkar. Eylemin sonuna kadar kontraksiyonlar 100 mmHg' ya kadar çıkar ve kasılmalara çekilmeler eşlik eder (1,15). Uterus üst kısmının myometrium lifleri kısalır. Uterus duvarının üst kısmı kalınlaşır uterus alt segmentinin alanı genişler ve inceler. Eylemde serviks yukarı çekilir serviksin silinip genişlemesi (dilatasyon) kasılmakta olan uterusun serviks üzerindeki traksiyonudur. Bu durumda servikal bölüm, fetusun gelen kısmı üzerinde yukarı doğru çekilmekte olan incelmış aşağı uterus segmentinin alt kısmıdır (13).

Bu dönemde, güçlü valsalva, ıkmalar ve uterus kasılmalarının gücünün artması, fetusun aşağı inmesini ve doğumun gerçekleşmesini sağlar (1,13,18).

### **d)Psikolojik Faktörler**

Eylem ve doğumda psişik faktörlerin rolü olduğunu gösteren belirgin örnekler mevcuttur (14). Gebelikte yüksek anksiyete düzeyi; fetal distres, kanama, uzamış yada hızlı doğum eyleminde risk artışına neden olmaktadır (1,15). Bu nedenle ağrı

sebebiyle eylemin kontrolü için annenin gebelik boyunca hazırlanması önemlidir. Bu da gebelik boyunca sürekli danışmanlık ve eğitim ile mümkündür (1).

### **2.1.2. Doğum Eyleminin Evreleri**

Eylem 3 faza ayrılır (14,15,18).

- 1) İlk Evre; serviksin kolayca görülebilen efasman ve dilatasyonunu meydana getirebilmek için yeterli frekans, şiddet ve sürekli uterin kontraksiyonlara erişildiğinde başlar dilatasyon tamamlandığında biter (1,15). Bu eylemin en uzun safhasıdır. Primigravidlerde evre 8-12 saat, multiparlarda 6-8 saat sürer (15).
- 2) İkinci Evre; serviksin dilatasyonunun tam olmasından bebeğin tam doğumuna kadar sürer (1,15,18). Bu döneme fetusun expulsiyonu denir (18). Bu süre 2 saati geçmemek üzere anne ve fetal faktörlerden etkilenmektedir (15).
- 3) Üçüncü Evre; Bebeğin doğumundan plasentanın doğumuna kadar geçen evredir (1,15,18). Bu dönem plasentanın seperasyon ve expulsiyon dönemidir (10). Plasentanın ayrılmasından hemen sonra ki ilk 1 saat içinde ki dönemde 3. evre olarak kabul edilmektedir (18).

Gerek anne gerek bebek yönünden ortaya çıkabilecek komplikasyonlar doğum süresine bağlı olarak arttığı için bu süreler ötesinde cereyan eden doğumlarda doğum gecikmiş ve uzamış olduğundan bahsetmek ve önleyici tedbirlere başvurmak gerekir (19).

### **2.1.3. Doğum Eylemi Başlangıç Mekanizması**

Doğum ve eylem esnasında gelişen olayların sıklığını açıklamak için birçok teoriler ortaya atılmıştır fakat tam metabolik ve endokrin olaylar ortaya konamamış ancak birkaç teori üzerinde durulmaktadır (15).

- 1) Oksitosin Teorisi; eylem başladığında oksitosinin eylemi başlattığına dair kesin kanıt yoktur ancak eylem başladıktan sonra oksitosin seviyesi yükselir (15). Oksitosin reseptör konsantrasyonları terme yakın ve travay sırasında yüksek bulunmuştur. Travay sırasında amniyotik sıvıda ki oksitosin seviyeleri de yüksektir (17,18).

- 2) Progesteron çekilme teorisi; gebelik boyunca uterusu uyarıcı etkisi olan öströjen ile uterusu gevşeten progesteron arasında denge vardır. Bu denge gebeliğin sonunda progesteron çekilmesi ile kaybolur. Böylece öströjenin myometrial aktivite üzerine olan uyarıcı etkisi daha etkin hale geçer (1).
- 3) Prostaglandinler; uterus üzerinde oksitotik etkinin başlamasında önemli role sahiptir. Ek olarak prostaglandin ve oksitosin myometrial hücrelerde kalsiyum bağlanmasını önleyerek intraselüler kalsiyum düzeyini artırır ve kontraksiyonları aktive eder (14,20).
- 4) Fetal Kortizol Düzeyi; fetal kortizol düzeyinde ki artış doğumu tetikleyici bir ajandır (1).
- 5) Gap-Junction proteinleri; uterus adelesinin güçlü ve uyumlu bir şekilde çalışıp fetusu doğum kanalından itebilmesi için hücrelerarası iletişim mükemmel olmalıdır. Bu myometrial hücreler arasında gap- junction lar bulunur (15). Gap- junction' ların olmaması kasları inaktif duruma getirir ve bu da gebeliğin devamını sağlar (14). Termde gap-junction oluşmasını sağlayan mekanizma henüz ortaya konmamıştır (14,15).

#### **2.1.4. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri**

- 1) Hafifleme; eylemin başlamasından birkaç hafta evvel başın hakiki pelvise girmesi ile fundus yüksekliği eski yerinden aşağı iner (1,14,18). Bu sürede uterus alt segmenti iyice belirmiş ve fetus başı pelvis boşluğuna yerleşir, amnion sıvısında azalır buna hafifleme denir (18).
- 2) Nişane; yaklaşan travay başlangıcının oldukça güvenilir belirtilerinin başında kanlı mukustan oluşan bir akıntı görülmesi gelir. Rektal veya vajinal muayene yapılmaksızın çoğu kez doğum, bu olaydan 48 saat sonra gerçekleşir (15,18). Ancak mukusla birlikte fazla miktarda kan olması plasenta ile ilgili bir kanamayı düşündürür (17).
- 3) Yalancı Travay; gerçek ve erken doğum travayın başlamasından önce anne adayları yalancı doğum travayı adı verilen uterus kasılmalarını hisseder. Ancak bu kasılmalar gerçek doğum travayı kontraksiyonundan farklıdır, düzensizdir ve süreleri birbirinden çok farklıdır. Annede oluşan ağrı daha çok karnın alt ve kasık kısmında hissedilir, oysa ki gerçek travayda kasılmalar



önce fundusta başlar sonra uterus boyunca yayılır ve belin alt kısmına yayılım gösterir. Bu tür kasılmalar servikte incelmeye ve açılmaya neden olmaz. Doğum travayının yaklaştığının habercisidir. Çoğu kez kendiliğinden geçer ancak bazen hemen arkasından gerçek travay gelişir (15).

### **2.1.5. Doğum Eylemi Mekanizması**

Henüz olgunlaşmamış bir fetus pelvis giriminde ki durumu veya fleksiyonunu değiştirmeksizin, maternal pelvise uyum gösterebilir. Yolcunun ufak olduğu hallerde yolun çapı ve biçimi önemsizdir. Normal zamanında ki doğumlardaysa durum farklıdır. Her eylem mekanizmasının özellikleri ayrı olmakla beraber, ortalama boyutlarda ki tipik bir jinekoid pelvise belli bir biçimde uyum yapmaktadır (13).

### **Eylem mekanizmasının basamakları**

- 1) Angajman
- 2) İniş
- 3) Fleksiyon
- 4) İç Rotasyon
- 5) Ekstansiyon
- 6) Eksternal Rotasyon
- 7) Ekspulsiyon (1,14,16)

#### 1) Angajman:

Başın transvers çapının pelvis girimini geçmesine angajman denir. Çoğu kez angajman gebeliğin son birkaç haftasında olursa da bazen travay başladıktan sonra gerçekleşir (1,15,18).

#### 2) İniş:

Bu hareket angajman ile başlar bebeğin doğumuna kadar devam eder. Eğer baş eylemin başında angaje olmuş ise fetus serviks tam dilate oluncaya kadar çok az iniş gösterir. Eğer eylemin başında baş angaje olmamış ise iniş birinci devrede başlar (1).

### 3) Fleksiyon:

Aşağı inen baş ister serviksten ister pelvis duvarından ister zeminden kaynaklanan rezistansla karşılaşır karşılaşmaz, normal olarak fleksiyon hareketini yapar (1,15,18). Bu hareketle çene fetal toraksla daha yakın temasa geçer ve uzun oksipitofrontal çapın yerini oldukça daha kısa olan suboksipitobregmatik çap alır (18).

### 4) İnternal Rotasyon:

Baş doğum kanalında ilerlerken oksiput pelvise girdiği orijinal yeri olan annenin sağ veya solundan yavaşça öne yani simfisis pubise döner. Çok nadiren arkaya sakrum boşluğuna döner. Travayın normal ilerleyebilmesi için iç rotasyon şarttır. Bazen fetus çok küçük olduğunda bu rotasyon olmadan doğum olabilir. İç rotasyon olabilmesi için başın doğum kanalında ilerleyebilmesi şarttır (15,18). Bu nedenle iç rotasyon çoğu kez spinalar düzeyine gelmeden olmaz (14,15,18).

### 5) Ekstansiyon:

İnternal rotasyon tamamlanıp baş vulvaya geldiğinde ileri derecede fleksiyon halindedir. Başın perineden sıyrılıp çıkabilmesi için geriye doğru bükülmesi yani ekstansiyon şarttır. Vulva çıkışı öne ve yukarı dönük olduğundan baş ekstansiyon yapmadığı sürece normal koşullarda sıyrılıp çıkamaz. İleri derecede fleksiyon habitüsünde olan baş ekstansiyon yapmazsa ve itici güç çocuğu itmeye devam ederse tüm güç perine üzerine binecektir. Baş bu durumda iken başlıca iki itici gücün etkisindedir. Birincisi uterusun itme gücü arkaya doğrudur. İkincisi, pelvis tabanının ve simfizisin oluşturduğu hareket çocuğun başında ekstansiyona neden olur. Daha sonra bu bası sonucu perinede ve vajina çıkışında gerilme artar. Oksiputun her kontraksiyonda biraz daha büyük kısmı görülmeye başlar, ekstansiyon arttıkça önce oksiput sonra tepe, alın, burun, ağız ve çene birbirini takiben sıyrılarak doğar. Hemen daha sonra aşağı doğru düşer ve çene annenin anal bölgesine dayanır (15,18).

### 6) Eksternal Rotasyon:

Doğmuş olan baş daha sonra eski pozisyona döner. Eğer oksiput orijinal olarak sola doğru yönelmişse sola döner eğer orijinal olarak sağa doğru yönelmişse oksiput sağa döner (1,15,18). Başın oblik pozisyona geri dönüşünü fetal cismin biakromial çapını pelvik çapına getirmeye yarayan bir hareket olan eksternal

rotasyon izler. Böylece bir omuz simfizis arkasında anterior diğeri ise posterior olarak sakruma döner (18).

#### 7) Ekspulsiyon:

Eksternal rotasyondan hemen sonra anterior omuz simfizis pubisin altında görülür ve kısa süre sonra perineum posterior omuz tarafından gerilir. Omuzların doğumundan sonra çocuğun vücudunun geri kalan kısmı hızla doğar (1,18).

### 2.1.6. Doğum Eyleminin Komplikasyonları

#### 1) Distosi

Distosi terimi, doğum eyleminin normalden saptığı durumları tanımlamak için kullanılır (1). Tüm doğumlar dikkate alınır distosilerin rastlanma sıklığının yaklaşık %10 olduğunu söylemek mümkündür (14).

Distosi veya anormal doğum eylemi gelişmesi, bütün sezaryen doğumu oranlarının yaklaşık üçte birinin ve tüm birincil sezaryenlerin de hemen hemen yarısının nedenini oluşturmaktadır (13).

Doğum zorluklarının ortaya çıkışında 3 ayrı temel neden tek olarak yada bir arada rol oynamaktadır (14). Bunlar;

#### a) Doğum yoluna ait nedenler

-Kemik pelvis darlıkları

-Yumuşak dokulara veya komşu organlara ait anomaliler (14,21).

#### b) Doğum objesine ait nedenler

Fetusun kendisine ait olan anomaliler

-İri bebek

-Hidrocefali

-Fetus abdomeninin aşırı büyük olması

-Diğer fetal anomaliler (14,21)

Fetusun prezantasyon bozuklukları

-Oksiput posterior geliş

-Derinde transvers duruş

-Yüksekte düz duruş

-Yüz geliş

-Alın geliş

- Başla beraber extremitelerin gelmesi
- Oblik ve yan duruşlar
- Makat geliş (14).

### **c) Uterus Disfonksiyonu**

- Hipotonik İnersiya
- Hipertonik İnersiya
- Partus Presipitatus(1,14,21)
- 2) Postpartum hemoraji
- 3) Kordon sarkması
- 4) Plasenta anomalileri
- 5) Perine vajen, serviks yırtıkları
- 6) Uterus inversiyonu
- 7) Uterus rüptürü
- 8) Erken membran rüptürü
- 9) Preterm eylem
- 10) Post-term eylem
- 11) Koryoamniyonit
- 12) Amniyotik sıvı embolisi
- 13) Puerperal sepsis
- 14) Fetal distres
- 15) Fistüller
- 16) Mastit
- 17) Postpartum depresyon (1,22).

## **2.2. Sezaryen Doğum**

Sezaryen operasyonu, yaşayabilen bir fetusun, bir abdominal kesi ve bir uterus kesisinden doğurtulmasıdır. Sezaryen ve “sectio” sözcüklerinin bir arada kullanılmaması gerekir çünkü ikiside kesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle ”sezaryen doğumu“ deyişi daha anlamlıdır. Abdominal gebelik, uterus rüptürü cerrahisi veya düşük vakalarında yapılan histeretomi, bu deyişin tanımlama kapsamına girmez (2,8,23).

### 2.2.1. Sezaryen Tarihçesi

Sezaryen kelimesinin orjini halen tartışmalıdır. Önceleri Julius Caesar'ın sezaryen ile doğduğu ve sezaryen isminin buradan geldiği düşünülmekte idi. Ancak, Julius Caesar'ın annesi Aurelia'nın Caesar Britanya'yı fethettiğinde hayatta olduğunun bilinmesi bizi bu teoriden uzaklaştırmaktadır. Diğer bir teori de sezaryen kelimesinin Latince'de kesmek anlamına gelen "Caedar" dan geldiğidir. Postmortem operasyonla doğan çocuklara da "Caesones" denmekte olduğu bilinmektedir. Milattan önce birinci yüzyılın sonlarında "A caeso matris utero" kelimesinin "annenin rahminden çocuğun kesilip alınması" anlamında sezaryen için kullanıldığı başka kaynaklarda belirtilmiştir (8,23).

Sezaryen ile ilgili ilk yasa "Lex Regia" (M.Ö. 750) olarak bilinir ve ilerlemiş gebeliği olan bir kadının ölümü halinde bebeğin, annenin karnı yarılarak doğurtulmasını; eğer bebekte ölürse annesinden ayrı gömülmesini öngören bir yasadır (8).

Boler'e göre sezaryen ile yaşayan ilk bebeğin doğurtulması M.Ö. 508 yılında Sicilya'da gerçekleşmiş ve kayıtlara geçmiştir. Ancak sezaryenin çok daha önceleri yapıldığına dair yazılar vardır. Eski Yahudi kitapları Mischnagoth ve Talmud'da sezaryenden bahsedilmektedir. 1500'lü yıllardan önceki Müslüman kaynaklarında da sezaryen geçmektedir. Shakespeare'in Macbeth adlı tiyatro eserinde de Macbeth'i öldüren Macduff'ın sezaryen ile doğduğu geçmektedir (8).

Yaşayan bir kadına yapılan ilk başarılı sezaryen operasyonunun 1500 yılında Jacob Nufer tarafından yapıldığı belirtilmişse de bunun 1582 yılında kayıtlara geçmiş olduğu bazı tıbbi tarihçilerin bu vakayı kabul etmemelerine neden olmuştur. Canlı bir kadında belgelenmiş ilk sezaryen Wiitenberg'li Trautmann tarafından 21 Nisan 1610'da yapılmıştır ve anne operasyondan 25 gün sonra enfeksiyondan kaybedilmiştir (23,24).

1704'de Ruleau "Traite dre L' Operation Cesarienne" adlı eserini yazmış ve Rousset'in daha önce yapmış olduğu başarılı sezaryenlere bu kitapta yer vermiştir. M. Dionis 1718'de "A General Treatise of Midwifery" adlı kitabında sezaryene sıcak bakmayarak "bu operasyon ancak anne öldüğünde yapılabilir, eğer anne

hayatta iken yapıyorsa, bu kasaplıktır” demiştir. 1710 yılında John Burton “An Essay Towards a Complete New System of Midwifery, Theoretical and Practical” adlı kitabında sezaryen operasyonunun sefalopelvik uyumsuzluk, abdominal gebelik ve uterus rüptüründe yapılabileceğini öne sürmüştür (8).

İngiltere’ de Mary Donally adlı ebe tarafından yapılan sezaryende ilk kez anne yaşamıştır. İngiltere’ de bir cerrah tarafından yapıp annenin de yaşadığı ilk sezaryen 1779’ da James Barlow tarafından gerçekleştirilmiştir (8).

İlk sezaryenlerde uterusa dikiş konulmadığından; kanamadan veya daha sonra büyük olasılıkla sepsisten anne kaybedilirdi. Fransız bir cerrah olan Lebas 1769’ da ilk defa uterin insizyonu kapatmak için sütür kullanmış ve büyük eleştirilere uğramıştır (8).

Amerika’ da sezaryeni ilk gerçekleştiren kişinin kim olduğu konusunda tartışmalar vardır. Bazı kaynaklar ilk kez Dr. John Lambert’ ın, diğerleri ise Dr. Bennet’ in yaptığını ileri sürmektedirler (8).

1876 ve 1882’ deki iki yayın daha önceleri %50 ile %85 arasındaki mortalitenin düşmesinde büyük bir etki yaratmıştır. Porro tarafından yapılan birinci yayında, kontrol edilemeyen uterin kanama ile corpus uteri eksize edilmiş ve serviks, drenaj için, insizyonun alt köşesine dikilmiştir. Operasyon, kanama kontrolü sağlamak ve daha sonra gelişebilecek, genellikle de peritonit ve ölümle sonuçlanan metritis ve parametritisi engellemekte idi. Sanger tarafından yapılan ikinci yayın karnı kapamadan önce uterus defektini suture etmenin önemini vurgulamıştır (8).

19. yüzyılın ikinci yarısında anestezinin ve cerrahi aseptik tekniklerin gelişmesi mortalite hızında daha fazla düşüşe neden oldu. “Porro operasyonu” terimi bugün hala yanlış olarak sectio sezaryen-histerektomi işlemini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bugün için Sanger operasyonu, uterus insizyonunun korpus uteriye longitudinal olarak yapıldığı klasik sezaryen olarak bilinmektedir (8,23).

Bugün transvers (Kerr) veya vertical (Kronig) alt segment insizyonları en çok kullanılan insizyon çeşitleridir. Birçok sütür çeşidi mevcuttur. Ancak en çok kromik ve poliglaktol sütürler kullanılmaktadır (2,8,25).

### 2.2.2. Sezaryen Doğumun Endikasyonları

Doğum eylemi, anne veya fetus için tehlikeli kabul edildiğinde, doğumun gerekli olduğu fakat eylemin uyarılmadığı hallerde, distosi veya fetal özelliklerin belirgin risk oluşturduğu ve vajinal doğum için kontrendike oldukları durumlarda ve acil bir durumun süratli doğumu gerektirdiği fakat vajinal yolun imkansız veya elverişsiz olduğu hallerde sezaryen operasyonu endikedir (26).

Sezaryen ile doğum için endike sayılan kriterler iki gruba ayrılmaktadır;

#### a) Onaylanmış Endikasyonları:

- Başarısız indüksiyon
- Sefalopelvik uyumsuzluk
- Eylemin ilerlemeyişi
- Kanıtlanmış fetal distres
- Plasentanın erken ayrılması
- Plasenta previa
- Umbilikal kord sarkması
- Doğum yolunda engel
- Aktif genital herpes enfeksiyonu
- Abdominal serklaj
- Bileşik (yapışık) ikizler (8,25,26)

#### b) Tartışmalı(veya selektif) Endikasyonları:

- Makat geliş
- İmmün trombositopeni
- Şiddetli Rh immünizasyonu
- Büyük konjenital fetal anomaliler
- Serviks karsinoması
- Öyküde vajinal kolporafi
- Vulvada büyük kandidomalar (2,8,25,26)

Sezaryen ile doğumun tüm potansiyel endikasyonlarını sıralamak veya bunları yıllar içinde değiştirmekte etken olan tüm obstetrik yaklaşımları tartışmak pratik değildir. Birçok endikasyon artık yerleşmiştir, yine de bir kısmı kişiseldir veya

hastaya göre selektif biçimde uygulanır ve bazıları da tartışılmaktadır. Sezaryenlerin çoğu fetal endikasyonlarla uygulanmaktadır; birkaçı sadece maternal nedenlerle, diğer bazıları da hem fetüsü hem de anneyi gözeterek yapılmaktadır. A.B.D.' de sezaryen geçirmişlere uygulanan yeni operasyon tüm sezaryenlerin yaklaşık %33' ünü oluşturmaktadır, distosi %30 kadarının endikasyonudur ve geri kalanı fetal distres, makat geliş ve diğer tüm nedenlere bağlıdır. Endikasyonların kapsamlarının genişletilmesi ile sezaryen doğumu sayesinde serebral paralizi ve diğer uzun vadeli özürlerin azaldığı ne yazık ki öne sürülmektedir. Bunun nedeni herhalde, perinatal morbidite ve mortalitenin çoğunluğunun erken doğum, fetal anomaliler veya antepartum olaylara bağlı olmasıdır (8,26).

### **2.2.3. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları**

Sezaryenin majör kontrendikasyonu gerçek bir endikasyonun yokluğudur. Karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, ölü fetus, eklampsi krizi, yeterli olanakların ve asistansın bulunmaması, kontrendikasyon olarak öne sürülmüştür. Kontrendikasyon olarak öne sürülen her bir durumda endike bir sezaryeni yapmanın tehlikesini, yapmamanın getireceği tehlikeler ile kıyasladıktan sonra karar vermek daha yerinde olur (2,8,26,27).

### **2.2.4. Sezaryen İnsidansı**

Sezaryen günümüzde cerrahi tekniklerin gelişimi, antibiyotiklerin bulunması ve güvenli kan transfüzyonlarının sağlanabilmesi, primigravidlerin yaş ortalamasının yükselmesi, devamlı elektronik fetal kalp monitorizasyonu ile çok daha geniş bir endikasyon yelpazesinde uygulanır olmuştur (5,8).

Amerika Birleşik Devletleri' de 1970' lerde sezaryenin tüm doğumlar içinde ki oranı %5.5 iken 1993 verilerine göre bu oran %22.8' lere yükselmiştir. Brezilya, dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir ve 1996' da bu oran % 36.4 olarak bildirilmiştir. Özellikle özel sektör hastanelerinde sezaryen ile doğum oranının yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin Arjantin' de özel hastanelerde gerçekleşen doğumların yarısı sezaryenle olmaktadır. Japonya ve eski Çekoslovakya' da ise 1990 yılı öncesi verilerinde belirtildiğine göre bu oran %7 gibi düşük bir orandır (5).



Ülkemizde sezaryen ile gerçekleşen doğumlar hakkında kesin bir veri bulunmamaktadır. 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre genel ortalama %21'dir (28).

Ülkemizde kendi tercihi ile sezaryen olan kadın oranı % 8, 1' dir (11).

Gelişmiş ülkeler içinde sezaryen oranı en yüksek ülkeler Amerika, Brezilya; en düşük ülkeler ise Çekoslovakya, Belçika, Avustralya'dır (29).

### **2.2.5. Sezaryen Doğum Komplikasyonları**

- Hemoraji
- İnfeksiyon
- Karın distansiyonu
- İleus
- Pulmoner emboli
- Tromboflebit
- Atelektazi
- Aspirasyon (25,26)
- Endometrit
- Mesane, üreter yaralanmaları
- Fistüller(25,26,30).

### **2.2.6. Maternal Mortalite**

Maternal mortalite ve morbidite sezaryen doğumda vajinal doğuma göre kısmen doğuma yol açan komplikasyonlardan kısmende abdominal operasyona ait artmış risklerden dolayı daha yüksektir (30). Mortalite oranı 100.000'de 40 ile 80 arasında değişmektedir. Fakat bu rakamların yorumlanması oldukça zordur. Çünkü endikasyonlar ve kontrendikasyonlarda büyük değişkenlikler söz konusudur (29).

### **2.2.7. Perinatal Mortalite**

A.B.D.'de sezaryen oranının yükseldiği dönemlerde perinatal mortalitede belirgin azalma gözlenmiştir, fakat bugün bu oranın, sezaryen oranının düşük kaldığı ülkelerinkinden farksız olduğu anlaşılmıştır (5,17).

### 2.3. Ağrısız Doğum(Lomber ve Koudal Peri- Epidural blok)

Bu teknikler, obstetrik anestezide çok iyi sonuçlar verdiğiinden son yıllarda çok popüler hale gelmiştir (31).

Bu yöntemler annenin bilincini etkilemeden analjezi sağlayarak, eyleme katkı sağlar. Bölgesel analjezi, spinal segmentlerden, bir vücut bölgesinin sensoriyel innervasyonunu sağlayan periferik sinirlere geçişi sağlayan santral sinirler etrafına uygulanan lokal anesteziyle sağlanır. Oluşturulan bloklarla anne ve yenidoğanda istenmeyen etki olmaksızın mükemmel analjezi sağlanır (32).

En yaygın olarak kullanılan yöntem sürekli epidural analjezi yöntemidir. Doğumun ilk evresinde T10- L1 segmentleri, ikinci devresinde blok genişletilerek S2-4 segmentleride bloke edilir. Bu da ancak epidural aralığa yerleştirilen bir kateter yardımı ile sağlanır (32). Tek enjeksiyon şeklinde yada buraya yerleştirilen kateterden yapılan multipl enjeksiyonlar şeklinde uygulanabilir. İstenilen etkiyi kateterden küçük dozlar vererek sağlamak, hasta açısından emniyeti artırır. Tek doz tekniği ile aynı etkiyi sağlamak için yüksek volümde ilaç kullanmak gerekir, kontinü teknik ile birinci devrenin sonunda tüm ikinci devre boyunca ve doğumdan hemen önceye kadar analjezi devam eder (31).

Anne oksitosin almadığı sürece epidural blok eylem yerleştikten sonra yani primiparlarda servikal açıklık 5-6 cm, multiparlarda 3-4 cm olduğunda uygulanmalıdır (31). Kateter hafif sol lateral pozisyonda veya bir vena cava inferior sendromunun önlenmesi için oturur pozisyonda L2-3 veya L3-4 aralığından steril bir şekilde yerleştirilir ve epidural aralıktan başa doğru 3-4 cm ilerletilir, tespit edilir (32, 33). 1. devre için 5-7 ml ilaç yeterlidir. İlaç enjeksiyonu uterus kontraksiyonları sırasında yapılmamalıdır çünkü blok düzeyinin kontrolü kaybedilebilir (31).

Bupivacain çokiyi analjezi sağlamaı, etkisinin uzun sürmesi ve plesental geçişin az olması nedeniyle en çok tercih edilen lokal anestezi. Bupivacain %0,25' lik solusyondan 5 ml birinci derecede test dozu verildiğinde yeterli analjezi sağlanabilir. Bir defada 25 mg' dan fazla bupivacain 100 mg' dan fazla lidokain verilmemelidir. Lokal anestezi bir infüzyon pompası yardımı ile sürekli verilebilirse, sürekli ve aynı düzeyde analjezi sağlanabilir. Bunun için % 0,125 bupivacain solusyon 8-12ml/ saat % 0,33'lük lidokain solusyonu 10-15 ml/ saat ' lik

hızda verilebilir. Bu olanak yoksa 2 saatte bir 50 mg olmak üzere % 0,25-0,50 yoğunlukta tekrarlanabilir (32).

Epidural analjezi ile hiperventilasyon önlenerek, sola kaymış anne oxyhemoglobin eğrisi nedeniyle oluşacak fetal arteriel O<sub>2</sub> basıncındaki azalmada engellenir. Aorta-kaval bası olmadığı sürece analjezi 1. devreyi uzatmaz, buna karşın 2. devre sıklıkla uzar (31).

### **2.3.1. Ağrısız Doğum Endikasyonları**

- Preeklampsi
- Prematür ve riskli fetüs
- Makat geliş
- Çoğul gebelik
- Uzamış ve ağırlı eylem
- Annenin tıbbi hastalıkları( kalp hastalığı, solunum sistemi hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar)
- Vajinal girişimler için anestezi (32,33).

### **2.3.2. Ağrısız Doğum Kontrendikasyonları**

- Anne tarafından reddedilmesi
- Nörolojik hastalıklar
- Pıhtılaşma bozuklukları
- Akut hipovolemi (26)
- Bölgesel enfeksiyon
- İlaçlara karşı allerji (31,33)

### **2.3.3. Ağrısız Doğum Komplikasyonları**

- Dura perforasyonu
- Kan basıncının düşmesi
- Baş ağrısı (33,35)

(Sistolik kan basıncının 100 mmHg'nın altına veya bazal değerden %20 lik düşüş)

Bu nedenle bloktan hemen sonra her 2-5 dakikada, 15-20 dakikadan hemen sonra 5-

10 dakikada bir kan basıncı ve nabız kontrol edilmelidir. Çoğunlukla prehidrasyon ve aorta kaval basının engellenmesini sağlamakla bu önlenir. Bunun için dengeli tuz solusyonlarından 500-1000 ml hızla infüzyon yeterli olmaktadır. Neonatal hipoglisemiye sebep olmamak için anne hipoglisemik olmadıkça glukoz içeren solusyonlar kullanılmamalıdır. 1-2 dakika da hipotansiyon düzeltilmezse efedrin IV 5-10 mg kullanılabilir (32,33).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Kesitsel tipte araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Mart 2006/Mayıs 2006 ve Eylül 2006 aylarında Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Afyonkarahisar Kocatepe Devlet Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, Fuar Hastanesi Doğum Servis'lerinde yapılmıştır.

Afyonkarahisar Kocatepe Devlet Hastanesi 16 Mart 2006 tarihinden itibaren çalışma için izin vermediğinden 16 Mart 2006' dan sonra araştırmaya alınamamıştır.

#### **3.3. Araştırma Örnekleme**

Araştırma, Afyon il merkezinde yataklı tedavi hizmeti veren tüm hastanelerde ilk kez doğum yapan tüm kadınlara örneklem seçilmeden uygulanmıştır. Afyon il merkezinde ilk kez doğum yapan 314 kadına ulaşılmıştır. Bu üç ayda ilk doğum sayısı toplam 612'dir.

#### **3.4. Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan anket formlarının yüz yüze görüşme tekniği kullanılması ile elde edilmiştir.

#### **3.5. Veri toplama Aracı**

Araştırmaya katılan kişilere uygulanan anket formu 43 sorudan oluşmaktadır. Bu anket formunda kişinin yaşı, eğitim durumu, mesleği, aylık geliri, eşinin eğitim durumu, mesleği, aylık geliri gibi sosyo-ekonomik düzeyi belirleyen , kullanılan aile planlaması yöntemi, gebelik sayısı, düşük ve kürtaj olma durumu, gebeliğin oluş şekli, gebelik öyküsü, hastalık ve operasyon geçirme durumu, gebelik boyunca takip durumu, doğum şekli, doğum hikayesi, bebeğe ait özellikler, doğum çeşitleri hakkında bilgilendirilme durumu, ve son olarak da doğum tercihlerinin ne olduğu bu

belirlenen tercihte kimlerin etkili olduğu ve tercih sebebi ile ilgili sorular yer almaktadır (Anket form Ek-1)

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri, anket formları doldurulduktan sonra bilgisayara SPSS programına y¼klenerek sonuçlar elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölç¼tler (y¼zde, minimum, maximum, v.b.) korelasyon analizi, ki-kare test, kullanılmış ve anlamlılık seviyesi olarak  $p<0,05$  alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

Tablo 1’de Çalışan kadınların (toplam 41 kadın) meslek grupları memur (n=10), hemşire (n=7), doktor (n=2), öğretmen (n=12), işçi (n=4), serbest meslek (n=4), laborant (n=1), röntgen teknisyeni (n=1) ve muhasebeci (n=1) şeklinde dağılmıştır.

Çalışan kadınların yaş ortalamaları ( $26,12 \pm 3,40$ ) beklenildiği üzere çalışmayan kadınların yaş ortalamasından ( $21,83 \pm 3,77$ ) büyük çıkmıştır ve bu istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $T = -6,89, P < 0,001 (0,000)$ ).

Tablo 1’de Eş meslek gurubunda diğer olarak adlandırılan meslek grupları asker (n=7), öğrenci (n=1), muhasebeci (n=5), şoför (n=9), güvenlik görevlisi (n=1), tezgâhtar (n=1), polis (n=1), emekli (n=1), veteriner (n=1), mali müşavir (n=2) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler Dağılımı**

<b>Yaş</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
15-19	81	25,8
20-24	155	49,4
25-29	57	18,2
30-34	16	5,1
35-39	5	1,5
Toplam	314	100,0
<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okur-Yazar Değil	9	2,9
Okur-Yazar	2	0,6
İlkokul	171	54,5
Ortaokul	51	16,2
Lise	50	15,9
Üniversite/Yüksek Okul	31	9,9
Toplam	314	100,0
<b>Mesleki Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Çalışmıyor	273	86,9
Çalışıyor *	41	13,1
Toplam	314	100,0
<b>Eş Eğitim Düzeyi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okur-Yazar Değil	2	0,6
Okur-Yazar	2	0,6
İlkokul	117	37,3
Ortaokul	54	17,2
Lise	98	31,2
Üniversite/Yüksek Okul	41	13,1
Toplam	314	100,0



**Tablo 2. Kadınların Ailelerinin Sosyodemografik Özellikler Dağılımı**

<b>Eş Mesleki Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İşçi	92	29,3
Memur	21	6,7
Serbest Meslek	119	37,9
Sağlık Personeli	13	4,1
Öğretmen	10	3,2
Çiftçi	29	9,2
Diğer	30	9,6
Toplam	314	100,0
<b>Toplam Gelir</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Asgari ücret Altı-Asgari Ücret	70	22,3
Asgari ücret Üstü	244	77,7
Toplam	314	100,0

Tablo 3’de gebelik öykülerine bakıldığında primipar kadınların sadece %21,3’ünün AP yöntemi kullandığı görülmüştür, Etkin AP yöntemi kullanan kadın oranı ise %42,4’tür, Gebeliğin oluş şekline bakıldığında ise kadınların %93,3’ünün spontan olarak gebe kaldığı görülmüştür.

**Tablo 3. Primipar Kadınların Kişisel Bilgileri**

<b>AP Kullanma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kullanan	66	21,3
Kullanmayan	247	78,7
Toplam	314	100,0
<b>Kullanılan AP Yöntemi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Doğal Yöntemler	38	57,6
Hormonal Yöntemler	9	13,6
Spiral	2	3,0
Kondom	17	25,8
Toplam	66	100,0
<b>Kaçıncı Gebelik Olduğu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1	270	86,0
2	37	11,8
3	5	1,6
4	-	-
5	2	0,6
Toplam	314	100,0
<b>Gebeliğin Oluş Şekli</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kendiliğinden	293	93,3
Tedavi – Tüp Bebek	21	6,7
Toplam	314	100,0
<b>Düşük Yapma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yok	282	89,8
Var	32	10,2
Toplam	314	100,0

**Tablo 3. Primipar Kadınların Kişisel Bilgileri (Devamı)**

<b>Kürtaj Olma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yok	300	95,5
Var	14	4,5
Toplam	314	100,0

  

<b>Anne Karında Ölüm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	10	3,2
Yok	304	96,8
Toplam	314	100,0

Tablo 4'te Gebelikte yaşanan sorunlara bakıldığında kadınların %40,7'si gebelikte sorun yaşadığını, en çok da bulantı-kusma sorunu yaşadığı görülmüştür, elde edilen veriler hastalardan elde edilen subjektif verilerdir. Tablodaki çok sayıda komplikasyon yaşayan kadınların yaşadığı sorunlar; gestasyonel diyabet, kan hastalığı ve tansiyon yükselmesidir (n=2). Diğer olarak adlandırılan sorunlar ise enfeksiyon (n=1), ikiz eşi ölümü (n=1), ters uterus (n=1), göğüs ağrısı (n=1), çarpıntı(n=2) şeklinde dağılmaktadır.

**Tablo 4. Mevcut Gebeliğinde Sorun Yaşama Durumu Dağılımı**

<b>Gebelikte Sorun Yaşandı mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	128	40,8
Hayır	186	59,2
Toplam	314	100,0
<b>Yaşanan Sorun</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bulantı-Kusma	45	35,2
Düşük Tehdidi	39	30,5
Erken Doğum Tehdidi	13	10,2
Tansiyon Yükselmesi	6	4,7
Suyun Az Olması	4	3,1
Gestasyonel Diyabet	4	3,1
Düşük ve Erken Doğum Tehdidi	4	3,1
Bulantı-Kusma ve Düşük Tehdidi	5	3,9
Çok Sayıda Komplikasyon Yaşayan	2	3,9
Diğer	6	4,7
Toplam	128	100,0

Kadınların gebelik takibi dağılımına bakıldığında (Tablo 5) kadınların %54,3'ünün en az bir kez özel muayenehane-hastanede takip edildiği, %89,7'sinin gebelik takiplerinde en az bir kez doktor tarafından muayene edildiği görülmüştür.

**Tablo 5. Gebelik Takibi Dağılımı**

<b>Gebelik Boyunca Takip Yapıldı mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hayır	3	1,0
Evet	311	99,0
Toplam	314	100,0
<b>Takip Edildiği Yer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sağlık Ocağı	36	11,6
Devlet Hastanesi	66	21,2
Tıp Fakültesi	40	12,9
Özel Muayenehane-Özel Hastane	169	54,3
Toplam	311	100,0
<b>Takip Eden Kişi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Doktor	279	89,7
Ebe-Hemşire	32	10,3
Toplam	311	100,0
<b>Takip Sayısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1-5 Arası	111	35,7
6-20 Arası	200	64,3
Toplam	311	100,0

Doğum öyküsü (Tablo 5) incelendiğinde kadınların %54,1'inin 36-39 hafta arasında doğum yaptığı, %71,7'sinin doğumunun mesai saatleri içinde olduğu, %41,8' inin bebeklerin doğum ağırlığı 3001-3500 gr arasında olduğu görülmüştür.

**Tablo 6. Doğum Öyküsü Dağılımı**

<b>Doğum Şekli</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal Doğum	107	34,1
Sezaryen Doğum	207	65,9
Toplam	314	100,0
<b>Doğum Haftası</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
28–31 Hafta	5	1,6
32–35 Hafta	18	5,7
36–39 Hafta	170	54,1
40–42 Hafta	121	38,5
Toplam	314	100,0
<b>Doğum Saati</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
08:01–17:30	225	71,7
17:31–00:00	67	21,3
00:01–08:00	22	7,0
Toplam	314	100,0
<b>Doğum Yeri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Özel Hastane	8	2,5
Devlet Hastanesi	259	82,5
Tıp Fakültesi	47	15,0
Toplam	314	100,0

**Tablo 6. Doğum Öyküsü Dağılımı(Devamı)**

<b>Bebek Kilosu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1300–2000 gr	14	4,6
2001–2500 gr	21	6,9
2501–3000 gr	82	26,8
3001–3500 gr	128	41,8
3501–4000 gr	54	17,6
4001–4600 G	7	2,3
Toplam	306	100,0

Not:İkizlerin doğum kilosu çıkartılmıştır (n=8).

Tablo 7’de doğumda yaşanan sorun dağılımı verilmiştir. Kadınların %44,6’sı doğumda sorun yaşamıştır. En çok yaşanan sorun sorgulandığında ise % 22,1 ile bebek pozisyonu ve yerleşmesi ile ilgili sorunlar ilk sırayı almıştır. Elde edilen veriler hastaların verdiği bilgilerdir.

Doğumda yaşanan sorun dağılımında diğer olarak adlandırılan sorunlar yırtık oluşması (n=1), kan reaksiyonu (n=1), geç uyanma (n=2) ve kanama (5) şeklinde dağılmaktadır.

**Tablo 7. Doğum Sırasında Yaşanan Sorun Dağılımı**

<b>Doğum Sorunu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yok	174	55,4
Var	140	44,6
Toplam	314	100,0
<b>Yaşanan Sorun</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sancım Yeterli Gelmedi	16	11,4
Bebek Pozisyonu ve Yerleşmesi İle İlgili Sorunlar	31	22,1
Bebekte Sorun Yaşanması	18	12,9
Bebek Başı İle İlgili Sorun	6	4,3
Suyun Erken Gelmesi	6	4,3
Kordon Dolanması	15	10,7
Rahim Açılmadı	29	20,7
Mekonyum	10	7,1
Diğer	9	6,4
Toplam	140	100,0



Tablo 8’de hastaların doğum tercihleri hakkında bilgilendirilme durumu incelenmiştir. Kadınların normal doğum hakkında bilgilendirilme oranı %20,1, sezaryen doğum hakkında bilgilendirilme oranı %15,4 tespit edilmiştir,

**Tablo 8. Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme Durumu**

<b>Normal Doğum</b>		
<b>Hakkında</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bilgilendirilme Durumu</b>		
Hayır	173	55,1
Evet	63	20,1
Kısmen	78	24,8
Toplam	314	100,0
<b>Sezaryen Doğum</b>		
<b>Hakkında</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bilgilendirilme Durumu</b>		
Hayır	179	57,0
Evet	61	15,4
Kısmen	74	23,6
Toplam	314	100,0
<b>Ağrısız Doğum</b>		
<b>Hakkında Bilgilendirilme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Durumu</b>		
Hayır	276	87,9
Evet	38	12,1
Toplam	314	100,0

Normal doğum tercih eden kadınların normal doğum hakkında bilgilendirilme durumu (Tablo 9) incelendiğinde sezaryen tercih eden kadınların %23,7'sinin normal doğum hakkında hiç bilgilendirilmediği görülmüştür.

**Tablo 9. Normal Doğum Hakkında Bilgilendirilme Durumlarına Göre Doğum Tercihi Dağılımı**

	<b>Doğum Tercihi</b>					
	<b>Normal Doğum</b>		<b>Sezeryan Doğum</b>		<b>Toplam</b>	
<b>Normal Doğum Bilgisi</b>						
<b>Verildimi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hayır	132	76,3	41	23,7	173	100,0
Evet	42	66,7	21	33,3	63	100,0
Kısmen	69	88,5	9	11,5	78	100,0
<b><math>X^2=9,72, P&lt;0,01 (P=0,008)</math></b>						

Sezaryen doğum hakkında bilgilendirilme durumuna bakıldığında ise (Tablo 10) sezaryen tercih edenlerin %25,7'sinin bu konu hakkında hiç bilgisi olmadan sezaryeni tercih ettiği görülmüştür.

**Tablo 10. Sezaryen Doğum Hakkında Bilgilendirilme Durumuna Göre Doğum Tercihi Dağılımı**

	<b>Doğum Tercihi</b>					
	<b>Normal Doğum</b>		<b>Sezeryan Doğum</b>		<b>Toplam</b>	
<b>Normal Doğum Bilgisi</b>						
<b>Verildimi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hayır	133	74,3	46	25,7	179	100,0
Evet	44	72,1	17	27,9	61	100,0
Kısmen	66	89,2	8	10,8	74	100,0
<b><math>X^2=7,83, P&lt;0,05 (P=0,020)</math></b>						

Kadınlara doğum tercihi (Tablo 11) sorulduğunda kadınların %77,4'ü normal doğumu tercih ettiğini söylemiştir. Bir sonra ki doğum tercihi sorulduğunda normal doğumu tercih etme oranı %59,6'ya düşmüştür.

**Tablo 11. Doğum Tercihi Dağılımı**

<b>Yapmış Olduğu Doğumla İlgili Doğum Tercihi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal Doğum	243	77,4
Sezaryen Doğum	71	22,6
Toplam	314	100,0
<b>Bir Sonraki Doğum Şekli Tercihi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal Doğum	187	59,6
Sezaryen Doğum	127	40,4
Toplam	314	100,0

Normal doğum olma sebebine bakıldığında (Tablo 12) kadınların verdikleri cevaplarda ilk üç sırayı “sağlık için daha uygun”, “sezaryen zor” ve “ameliyat olmak istemedim” yanıtı almıştır.

**Tablo 12. Normal Doğum Olma Sebebi Dağılımı**

<b>Normal Doğum Nedeni</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hızlı İlerleyen Eylem	18	16,8
Sağlık İçin Daha Uygun	26	24,3
Sezaryenden Çekinme	24	22,4
Doktor Önerisi	13	12,1
Ameliyat Olmak İstemedim	16	15,0
İlk Bebek	5	4,7
Doğum Eylemini Gerçekleştirmek İçin	1	0,9
Fizyolojik Olduğu İçin	4	3,7
Toplam	107	100,0

Sezaryen olma sebebine (Tablo 13) bakıldığında ilk üç sırayı bebek sıkıntısı, bebek başı ve pozisyonu ile ilgili sorunlar ve yeterli sancının olmaması almaktadır, Elde edilen veriler hastanın ifade ettiği şekliyle yer almaktadır. Elektif sezaryen (Anne isteği) oranı ise %6,8 bulunmuştur.

**Tablo 13. Sezaryen Olma Nedenleri**

<b>Sezaryen Nedeni</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bebek Pozisyonu İle İlgili Sorunlar	40	19,3
Bebek Sıkıntısı	56	27,1
Yeterli Sancının Olmaması	39	18,8
Doğum Haftası Geçmesi	2	1,0
Anneye Ait Problemler	5	2,4
Anne İsteği	14	6,8
Rahim Açılmaması	14	6,8
Sebebi Bilinmiyor	5	2,4
Suyun Azalması	5	2,4
Kıymetli Bebek	6	2,9
Çatının Dar Olması	7	3,4
Bebeğin Büyük Olması	2	1,0
Tansiyon Yükselmesi	2	1,0
Suyun Erken Gelmesi	3	1,4
Pıhtılaşma Bozukluğu	2	1,0
Kanama	5	2,4
<b>Toplam</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

Doğum şekline göre yapmış oldukları doğum tercihi sorgulandığında (Tablo 14) sezaryen doğum yapanların %72,9'unun aslında normal doğumu tercih etmiş olduğu bulunmuştur.

**Tablo 14. Doğum Şekline Göre Doğum Tercihi Dağılımı**

Doğum Şekli	Doğum Tercihi					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Normal Doğum	92	86,0	15	14,0	107	100,0
Sezaryen Doğum	151	72,9	56	27,1	207	100,0
<b><math>X^2=6,85, P&lt;0,01 (P=0,009)</math></b>						

Doğum şekline göre bir sonra ki doğum şekli sorgulandığında (Tablo 15) sezaryen doğum yapanların normal doğumu tercih etme oranının düştüğü (%45,4) görülmüştür.

**Tablo 15. Doğum Şekline Göre Bir Sonraki Doğum Tercihi Dağılımı**

Doğum Şekli	Bir Sonraki Doğum Tercihi					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Normal Doğum	93	86,9	14	13,1	107	100,0
Sezaryen Doğum	94	45,4	113	54,6	207	100,0
<b><math>X^2=50,45, P&lt;0,001 (P=0,000)</math></b>						

Kadınların eğitim durumuna göre doğum tercihi (Tablo 16) incelendiğinde ilkökul mezunu kadınların normal doğum isteme oranı %72,7, üniversite mezunu olanların normal doğumu isteme oranı daha düşük bulunmuştur (%67,7). Ancak arada ki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 16. Eğitim Durumuna Göre Doğum Tercihi Dağılımı**

	Doğum Tercihi					
	Normal Doğum		Sezeryan Doğum		Toplam	
Eğitim Durumu	n	%	n	%	n	%
Okur Yazar Değil	8	72,7	3	27,3	11	100,0
Veya Okur Yazar						
İlk Okul	141	82,5	30	17,5	171	100,0
Orta Okul	36	70,6	15	29,4	51	100,0
Lise	37	74,0	13	26,0	50	100,0
Üniversite / Yüksek						
Okul	21	67,7	10	32,3	31	100,0
<b><math>X^2=5,97, P&gt;0,05 (P=0,201)</math></b>						

Kadınların eğitim durumuna göre bir sonra ki doğum şekli sorgulandığında (Tablo 17) ilkokul mezunu olanların %63,6'sı normal doğum isterken üniversite mezunu olanların normal doğumu isteme oranı %54,8'dir. Yine arada ki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 17. Eğitim Durumuna Göre Bir Sonraki Doğum Tercihi Dağılımı**

Eğitim Durumu	Bir Sonraki Doğum Tercihi					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okuryazar Değil Veya Okur Yazar	7	63,6	4	36,4	11	100,0
İlkokul	107	62,6	64	37,4	171	100,0
Ortaokul	29	56,9	22	43,1	51	100,0
Lise	27	54,0	23	46,0	50	100,0
Üniversite/Yüksek Okul	17	54,8	14	45,2	31	100,0
<b><math>X^2=1,80, P&gt;0,05 (P=0,772)</math></b>						

Kadınlara “sezaryenden sonra normal doğum yapılabilir mi?” sorusu sorulduğunda (Tablo 18) en çok üniversite ve lise mezunlarının doğru yanıt verdiği görülmüş, ilkokul mezunu olanların doğru yanıt verme oranı düşük bulunmuştur. Arada ki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Tablo 18. Eğitim Durumuna Göre “Sezaryenden Sonra Normal Doğum Yapılabilir mi?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı**

Sezaryenden Sonra Normal Doğum Yapılabilir mi?								
Eğitim Durumu	Hayır		Evet		Bilgim Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar Değil Veya Okur Yazar	4	36,4	6	54,5	1	9,1	11	100,0
İlkokul	72	42,1	43	25,1	56	32,7	171	100,0
Ortaokul	22	43,1	13	25,5	16	31,4	51	100,0
Lise	26	52,0	18	36,0	6	12,0	50	100,0
Üniversite/Yüksek Okul	12	38,7	15	48,4	4	12,9	31	100,0
<b><math>X^2=19,51, P&lt;0,05 (P=0,012)</math></b>								



Çalışma durumuna göre doğum tercihlerine bakıldığında (Tablo 19) çalışan ve çalışmayan kadınların normal doğumu tercih etme oranı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 19. Çalışma Durumunun Doğum Tercihi Üzerine Etkisi**

Çalışma Durumu	Doğum Tercihi					
	Normal doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	213	78,0	60	22,0	273	100,0
Çalışıyor	30	73,2	11	26,8	41	100,0
<b><math>X^2=0,48, p&gt;0,05 (p=0,489)</math></b>						

Çalışma durumlarının bir sonra ki doğum tercihleri üzerine etkisine bakıldığında (Tablo 20) yine çalışma durumunun bir sonra ki doğum tercihi üzerine anlamlı etkisi görülmemiştir.

**Tablo 20. Çalışma Durumunun Bir Sonra ki Doğum Tercihi Üzerine Etkisi**

Çalışma Durumu	Bir sonraki doğum şekli tercihi					
	Normal doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	164	60,1	109	39,9	273	100,0
Çalışıyor	23	56,1	18	43,9	41	100,0
<b><math>X^2=0,23, p&gt;0,05 (p=0,629)</math></b>						

Toplam maaşa göre doğum tercihinin bakıldığında (Tablo 21) toplam maaşı asgari ücretten az olan kadınların normal doğumu tercih etme oranı (%87,1) toplam maaşı asgari ücretten yüksek olan kadınların normal doğumu tercih etme oranı (%74,6) bulunmuştur. Toplam maaşı asgari ücretten yüksek olan kadınların ve toplam maaşı asgari ücretten az olan kadınların normal doğumu tercih etmesi arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

**Tablo 21. Aylık Gelire Göre Doğum Tercihi Dağılımı**

	Doğum Tercihi					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-380 Ytl	61	87,1	9	12,9	70	100,0
380 Ytl'den Daha Yüksek	182	74,6	62	25,4	244	100,0
$X^2=4,90, P<0,05 (P=0,027)$						

Tablo 22'de toplam maaşa göre bir sonra ki doğum tercihlerine bakıldığında yine Tablo 21'de olduğu gibi aylık geliri asgari ücretten az olan kadınların normal doğumu tercih etmesi ve aylık geliri asgari ücretten fazla olan kadınların normal doğumu tercih etmesi arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

**Tablo 22. Aylık Gelire Göre Bir Sonraki Doğum Tercihi Dağılımı**

	Bir Sonraki Doğum Tercihi					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-380 Ytl	49	70,0	21	30,0	70	100,0
380 Ytl'den Daha Yüksek	138	56,6	106	43,4	244	100,0
$X^2=4,08, P<0,05 (P=0,043)$						

Gebelikte kadınların takip edildiği yerler (Tablo23) incelendiğinde normal doğumu tercih eden kadınların özel muayenehaneden yararlanma oranı %71,1, Devlet Hastanesinden yararlanma oranı %78,8 çıkmıştır.

**Tablo 23. Gebelikte Takip Edilen Yer Ve Doğum Tercihi Dağılımı**

Takip Edildiği Yer	Doğum Tercihi					
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık Ocağı	29	80,6	7	19,4	36	100,0
Devlet Hastanesi	52	78,8	14	21,2	76	100,0
Tıp Fakültesi	32	80,0	8	20,0	40	100,0
Özel Muayenehane- Özel Hastane	127	71,1	42	24,9	169	100,0
<b><math>X^2=0,91, P&gt;0,05 (P=0,824)</math></b>						

Doğum yerine göre doğum şekli dağılımı incelendiğinde çalışmaya alınan kadınlardan devlet hastanesinde sezaryen olma oranı %68,3 olarak bulunmuştur.

**Tablo24. Doğum Yerine Göre Doğum Şekli Dağılımı**

Doğum Yeri	Doğum Şekli					
	Normal doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Özel Hastane	2	25.0	6	75.0	8	100,0
Devlet Hastanesi	82	31.7	177	68.3	259	100,0
Tıp Fakültesi	23	48.9	24	51.1	47	100,0
<b><math>X^2=5.59, p&gt;0.05 (p=0.061)</math></b>						

Gebelikte takip eden kişilere bakıldığında (Tablo 25) normal doğumu tercih eden kadınlar ve sezaryen doğumu tercih eden kadınlar arasında doktor ve ebe-hemşire tarafından takip edilme açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 25. Gebelikte Takip Eden Kişi Ve Doğum Tercihi Dağılımı**

		Doğum Tercihi						
		Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam		
Gebelikte	Takip	Eden	n	%	n	%	n	%
<b>Kişi</b>								
	Doktor		215	77,1	64	22,9	279	100,0
	Ebe-Hemşire		25	78,1	7	21,9	32	100,0
<b><math>X^2=0,02, P&gt;0,05 (P=0,892)</math></b>								

Doğum saatine göre doğum şekli (Tablo 26) incelendiğinde normal doğum yapanların genelde 00:01–08:00 saatleri arasında olduğu sezaryen olanların ise genelde mesai saatleri arasında olduğu görülmüştür. Ancak arada ki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 26. Doğum Saatine Göre Doğum Şekli Dağılımı**

		Doğum Şekli					
		Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
Doğum Saati		n	%	n	%	n	%
	08:01–17:30	68	30,2	157	69,8	125	100,0
	17:31–00:00	29	43,3	38	56,7	67	100,0
	00:01–08:00	10	45,5	12	54,5	22	100,0
<b><math>X^2=5,28, P&gt;0,05 (P=0,071)</math></b>							

Doğumda sorun yaşama durumuna göre doğum şekli incelendiğinde (Tablo 27) sezaryen olanların %92,1'inin doğumda sorun yaşadığı normal doğum yapanların ise %7,9'unun doğumda sorun yaşadığı görülmüştür. Arada ki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

**Tablo 27. Doğumda Sorun Yaşama Durumuna Göre Doğum Şekli Dağılımı**

Doğum Sorunu	Doğum Şekli			
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum	
	n	%	n	%
Yok	96	89,7	78	37,6
Var	11	10,3	129	62,4
Toplam	107	100,0	207	100,0
$X^2=77,31, P<0,001 (P=0,000)$				

Doğum şekli tercihinde etkili kişiler ve doğum şekli incelendiğinde (Tablo 28) sezaryen olanlarda doktor tercihi %86,3 ile ilk sıradayken , normal doğum yapanlarda doktor tercihi %13,8'dir. Arada ki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

**Tablo 28. Doğum Şekli Tercihinde Etkili Kişiler Ve Doğum Tercihi Dağılımı**

Doğum Yapan	Tercihini	Doğum Şekli					
		Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Kendim		43	79,6	11	20,4	54	100,0
Eşim, Ailem Ve Kendim		13	76,5	4	23,5	17	100,0
Sadece Eşim		2	100,0	-	-	2	100,0
Sadece Doktor		22	13,8	138	86,3	160	100,0
Doktor Ve Kendim		27	33,3	54	66,7	81	100,0
$X^2=96,80, P<0,001 (P=0,000)$							

## 5.TARTIŞMA

Giderek artan sezaryen doğumları bir çok ülkede endişe konusu olmaktadır ve muhtemel nedenleri araştırılmaktadır (35).

İsveç' te son 20 yıldır oldukça düşük ve sabit %10-12 seviyelerinde seyreden sezaryen oranları, son 5 yıl içinde devamlı olarak artmaktadır. Ulusal Tıbbi Doğum Kayıtlarından elde edilen son rakamlara göre (1999) %14 olan sezaryen oranı bazı hastanelede %20' lere ulaşmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütünün bu konuda ki önerisi sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir (4,5,36). Sezaryen oranının yükselmesi ile maternal ve perinatal mortalite ve morbidite de azalmanın %15 sezaryen oranı ile sağlanabileceği düşünülmektedir. Sezaryen oranının daha da yükselmesi ile maternal ve perinatal mortalitenin artacağı düşünülmektedir.

Ülkemiz genelinde sezaryen oranı net olarak bilinmemekle birlikte %21 civarındadır, ülkemizin İstanbul, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz bölgesinde ise sezaryen oranının %30 olduğu bildirilmiştir (28).

Sezaryen oranının yükselmesi ile sezaryen doğumun vajinal doğuma oranla hastanede kalış süresinin daha uzun olması nedeniyle ekonomik külfeti de beraberinde getirmektedir (35). Sezaryende ortalama kan kaybı hacmi 1000 cc'dir. Bir kez sezaryen ile doğum yapanların uterustaki skar yerinde rüptür riskini artırdığı gerekçesiyle daha sonraki gebeliklerde de sezaryenle doğurtulma alışkanlığı yaygındır. Oysa son zamanlarda yapılan klinik uygulamalar, eski sezaryenlilerin %60-80'inin vajinal doğum yapabileceğini ortaya koymuştur. Burada önemli olan daha önce geçirilmiş olan sezaryen operasyonunun şeklidir. En sık kullanılan alt segment transvers insizyonlu (Kerr insizyonu) gebelerde vajinal doğumun sakıncası çok azdır bunlarda rüptür riski %1-2'dir. Sezaryen operasyonu geçiren kadınların daha sonra ki gebeliklerinde plasenta previa ve akreta riski artmıştır. Geçirilen sezaryen sayısı arttıkça bu iki komplikasyonun ortaya çıkma olasılığı da artmıştır. Sezaryende maternal ölüm sebebi sıklıkla sepsis, pulmoner emboli ve anestezi komplikasyonlarıdır. Sezaryen fetal yaralanmaya karşıda bir garanti değildir.Örneğin prematüre bir fetus makat geliş ile doğurtulurken başı transvers uterin insizyonun içerisinde sıkışabilir. Fetus uterusu yapılan insizyon sırasında da yaralanabilir. Sezaryenle doğan bebeklerde respiratuvar distres ve yenidoğanın geçici takipnesi

daha sık görülür (30). Üstelik sanıldığı gibi aksine sezaryen yapmakla zor bir vajinal doğumun neden olacağı nörolojik defisitlerin insidansında azalma yada mental performansı artırma arasında kanıtlanmış bir ilgi yoktur (35,36).

Kadın doğumcular, kadınların gelecek hamileliklerinde örneğin tekrarlayan sezaryenler sonucu artmış morbidite, mortalite ve plasental komplikasyonlar gibi muhtemel komplikasyonlarla ilgili en iyi tedaviyi tavsiye etmektedir. Pelvik duvar koruması için sezaryenin avantajları tekrarlayan üç sezaryenden sonra ortadan kalkmaktadır, ve tekrarlayan üç vajinal doğumdan sonra üriner inkontinans ile eşit olmaktadır (37,38).

Hildgonsson ve arkadaşlarının (9) İsveç'te ki çalışmasında eğitim düzeyi düşük kadınların sezaryeni tercih ettiği bulunmuş, bir başka çalışmada, ülkemizde İzmir'de Konakçı ve arkadaşlarının (5) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek kadınların sezaryen oranı yüksek saptanmış, araştırmamızda ise eğitim düzeyinin yüksek olması ile sezaryen doğumu tercih etme arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Araştırmamızda ilkökul mezunu kadınlardan da sezaryen doğumu tercih edenler olduğu görülmüştür. Sezaryen doğum tercihinin eğitim düzeyinin yüksek olmasından ziyade kadınların kişisel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların normal doğum olma sebepleri arasında sağlık için daha uygun görmeleri, sezaryeni zor bir olay olarak algılamaları ve ameliyat olmak istememeleri ilk üç sırada yer almaktadır .

Hildgonsson ve arkadaşlarının (9) çalışmasında ekonomik düzeyi düşük kadınların sezaryeni tercih ettiği bulunmuş, Konakçı ve arkadaşlarının (5) İzmir'de ki çalışmasında ekonomik düzeyi yüksek kadınların sezaryeni tercih ettiği bulunmuş, Bursa'da Avcı ve arkadaşlarının çalışmasında (39) ekonomik durumun yükselmesi ile sezaryen oranının arttığı bulunmuştur. Araştırmamızda da sosyoekonomik düzeyin yükselmesi ile sezaryeni tercih etme oranı artmıştır. Arada ki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Araştırma sonuçlarımız bu yönüyle diğer çalışmalarla benzerlik arz etmektedir.

1999 yılında Uluslar- arası Kadın Doğumcular Federasyonu ve Kadın Sağlığı Komitesinin yayınladığı bir raporda tıbbi endikasyonu olmadan sezaryen doğum uygulamasının uygun olmadığını bildirmiştir. Buna karşılık bir yıl sonra ACOG Başkanı Dr. Harrer vajinal ve elektif doğumun aynı derecede güvenli olduğunu

söylemekte ve bu konuda kadınların seçme hakkına saygı duyulması gerektiğini bildirmektedir. En son Mayıs 2006'da ACOG'un yayınladığı bültende ise sezaryenin anne kararı doğrultusunda değilde endikasyonlar neticesinde yapılması gerektiğini bildirmiştir (40). Buna karşılık İngiltere'de anne ölümlerini araştıran pek çok çalışma sezaryen doğumun anne mortalite ve morbiditesi açısından vajinal doğuma göre daha yüksek risk taşıdığını bildirmektedir (41).

İsrail'de yapılan çalışmada (41) İsrail'li kadındoğumcuların %91'i vajinal doğumdan yana olmakla beraber yaklaşık yarısı hastaların sezaryeni tercih etme hakkı olduğunu düşünmektedir.

Hopkins'in (7) Brezilya' da ki araştırmasında doktorların doğum şekli ile ilgili, kadınların kendilerine ilettikleri istekler doğrultusunda hareket etmekten ziyade kendi tercihlerinin doğum şekli üzerinde etkili olduğunu göstermiştir.

Ülkemizde doktorların doğum şekli tercihleri ve yaklaşımları ile ilgili yeterli kaynak bulunmamakla birlikte 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi katkılarıyla hazırlanan sağlık raporunda (TNSA) doktorlar tarafından takip edilen gebelerde sezaryen oranı ebeler tarafından takip edilen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (11). Araştırmamızda doktor tarafından takip edilen gebelerde özellikle artmış bir sezaryen tercihi söz konusu değildir. Bu yönüyle TNSA bulgularıyla zıtlık göstermektedir. Araştırmamızda antenatal takip sırasında gebelerin sezaryene yönlendirildiği düşünülmemiştir. Ancak sezaryen kararında da en büyük rolü üstlenen kişinin yine doktor olduğu görülmüştür. Bu konuda da doktorların, doğum esnasında yada sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek adına tıbbi veya sosyal problemler çıkabileceğini düşündüğü durumlarda sezaryeni tercih ettiğini düşündürmektedir.

Literatürde erkek bebek cinsiyetinin sezaryen sebebi olarak bildirildiği yer almaktadır (5). Bizim çalışmamızda sezaryen sebebine bakıldığında erkek bebek cinsiyeti sezaryen sebebi olarak yer almamaktadır. Bu sonuç ta araştırma grubunda sezaryen tercih edilirken sosyal nedenlerden ziyade tıbbi nedenlerle sezaryen doğum kararı alındığı düşünülmüştür.

Quinlivan ve arkadaşlarının araştırmasında (42) sezaryen doğumun en sık sebepleri arasında fetal distres, ilerlemeyen doğum eylemi yer almaktadır. Özkaya'nın (6) Isparta'da yaptığı çalışmada başlıca sezaryen endikasyonları akut



fetal distres, eski sezaryen vakaları, baş pelvis uygunsuzluğu ile ilk üç sırada yer almaktadır.

Erkaya ve arkadaşlarının (43) araştırmada ise sezaryen sebebi olarak eski sezaryen vakaları, distosi, fetal distres ilk üç sıradadır. Bizim çalışmamızda da ilk üç sırayı fetal distres, ilerlemeyen doğum eylemi ve baş pelvis uygunsuzluğu almaktadır. Araştırmamız sezaryen sebepleri yönüyle diğer çalışmalarla benzerlik arz etmektedir. Elde ettiğimiz bilgiler hastaların kendilerinin ifade ettiği sebeplerdir ve subjektif verilerdir.

Sayın ve arkadaşlarının (44) Edirne’de sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada sezaryeni tercih etme sebebine bakıldığında doğum ağrısı çekmekten korktukları için, bebeğe travma olmasından korktuğundan, daha sonra gelişebilecek relaksasyonlardan, sosyal nedenlerle ve doktor önerisiyle tercih ettikleri bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda kadınlar ağrı çekmemek için, doğumhane şartlarının kötü olmasından ve muayeneden rahatsız olduklarından sezaryeni tercih ettiklerini dile getirmişler, bebeğe travmadan korktuklarından, pelvik relaksasyonlardan korkudan hiç bahsedilmemektedirler. Bu sonuçta ki farklılığında çalışılan bölgelerin ve çalışma gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ağrının gerek vajinal yolla, gerek sezaryen ile doğum yapılsın birinde prepartum diğerinde postpartum yaşanacağı bilinmektedir (45).

Literatürde sezaryen oranında ki artışın başlıca sebebi olarak kadınların kendilerinden kaynaklanan tercihler gösterilmiştir (9,46). Donati ve arkadaşlarının çalışmasında (47) kadınların sezaryeni tercih etmesi sezaryenin artması için sebep olabilir denmiştir.

Kadınların doğum tercihi hakkında ki araştırmaların sonuçları net olmamakla birlikte İrlanda’ lı kadınların %2’ si sezaryen doğumu tercih etmiş Britanya’lı kadınların % 7’si sezaryeni tercih ederken Amerika’da ise bu oran %46 olarak bulunmuştur.

bulunmuştur (9).

Gamble ve arkadaşlarının (48) Avustralya’da ki çalışmasında kadınların %6,4’ünün sezaryeni tercih ettiği bildirilmiştir.

Ülkemizde ise kendi isteği ile sezaryen olan kadın oranı % 8,1 dir (11). Güngör ve arkadaşlarının (49) İstanbul’ daki çalışmasında kendi isteği ile sezaryen

olan kadın oranı %26,8' dir. Özkaya' nın çalışmasında kendi isteği ile sezaryen olma oranı %11,3 tür (6). Avcı ve arkadaşlarının çalışmasında (39) ise bu oran %49,3 olarak belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda ise kendi isteği ile sezaryen olan kadın oranı %6,8 olarak saptanmıştır. Bu sonuçla Afyon'daki kadınların sezaryeni tercih etme oranı TNSA ve yurtdışında Gamble ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Donati ve arkadaşlarının (47) yaptığı araştırmada sezaryen oranı %33,2 olarak saptanmıştır. Donati ve arkadaşlarının araştırmasında bir sonra ki doğum şekli tercihi incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların %90'ı bir sonra ki doğumda tekrar vajinal doğumu istemiş, sezaryen olanların ise %77'si bir sonra ki doğumda vajinal doğum istemiştir.

İsveç'te ki kadınlarında %93'ü vajinal doğumu tercih etmiştir (44). Ülkemizde Balcı ve arkadaşlarının (50) çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %75,6'sı bir sonra ki doğum şekli tercihini vajinal doğumdan yana kullanmış, sezaryen olanların ise %9,5'i bir sonra ki doğum şeklinin vajinal doğum olmasını istediklerini söylemiştir (50). Araştırmamızda vajinal doğum yapan kadınların bir sonra ki doğum şeklinde vajinal doğumu tercih etme oranı %86,9 sezaryen olanlarında bir sonra ki doğumda vajinal doğumu tercih etme oranı %45,4'tür. Çalışmamızda çıkan normal doğumu tercih etme oranı diğer çalışmalarla benzerlik arz etmektedir. Çalışmamızda doğum tercihleri sorgulanırken doğum komplikasyonlarına değinilmemiştir.

Hopkins'in (7) çalışmasında kadınların çoğunun normal doğumu tercih ettiği ve normal doğumu sezaryen doğuma oranla daha üstün buldukları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da kadınların büyük oranda normal doğumu sezaryen doğuma oranla daha doğal ve iyileşme açısından daha üstün gördüğü saptanmıştır. Bu sonuçla da çalışmamız Hopkins'in çalışması ile benzerdir.

Çalışmamızda kadınların doğum tercihleri ile ilgili yakınlarının sorun yaşama durumu sorgulandığında doğum tercihlerini etkilemediği görülmüştür. Bu da yine doğum tercihi yaparken kişisel özelliklerin ve doktor önerisinin daha ön planda olduğunu akla getirmektedir.

Çalışmamızda doğum tercihleri ile ilgili bilgilendirilme düzeyi düşük saptanmıştır. Özellikle normal doğum hakkında yeterince bilgilendirilmediği

görülmüştür. Kadınlara eğitim ile ulaşılabilirirse normal doğum hakkında hiç bilgisi olmadan sezaryen tercih eden hastaların daha da azalacağı düşünülmüştür.

Araştırmamızda elde edilen verilerin kayıtlardan değilde kadınların aktardığı şekliyle yer alması, doğum komplikasyonlarına değinilmemesi ve sayının 314 ile sınırlı kalması gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- 1) Afyon il merkezinde primigravid kadınlara uygulanan çalışmada kadınların ilk doğumunda normal doğum tercih ettikleri görülmüştür.
- 2) Bir sonra ki doğum şekli ile ilgili tercihleri sorulduğunda normal doğum yapanların büyük bir kısmı yine normal doğum tercih ederken sezaryen olanların yaklaşık yarısı ikinci doğum tercihini sezaryen doğumdan yana kullanmıştır.
- 3) İlk doğumun sezaryen olması ikinci doğum şekli tercihini dolayısıyla doğum şeklini etkilediği görülmüştür ve sezaryen tercihini arttırarak sezaryen oranını arttırdığı tespit edilmiştir.
- 4) Kendi isteği ile sezaryen olan kadın oranı %6,8 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sezaryen oranında ki artışın kadınların sezaryen doğumu tercih etmesine bağlı olmadığı düşünülmüştür.
- 5) Doğum tercihinde hekim görüşünün büyük önem taşıdığı tespit edilmiş ve kadınların doğum tercihlerinin çoğunlukla hekimin önerdiği doğrultuda değiştiği saptanmıştır.
- 6) Normal doğum olma sebebine bakıldığında ilk üç sırayı sağlık için daha uygun, ani doğum ve sezaryen zor yanıtı almaktadır.
- 7) Sezaryen olma sebebine bakıldığında; ilk üç sırayı fetal dıstres, baş pelvis uygunsuzluğu ve ilerlemeyen doğum eylemi almaktadır. Bunlar sezaryenin kanıtlanmış endikasyonları arasındadır.
- 8) Araştırmaya katılan kadınlar normal doğumu sezaryen doğumdan daha üstün görmüş ve normal doğumu tercih etmiştir.
- 9) Sezaryen doğum tercihi ile eğitim düzeyin yüksek olması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- 10) Sezaryen doğum tercihi ile ekonomik düzeyin yüksek olması arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ekonomik durumun yükselmesi ile sezaryen tercihi artmıştır.
- 11) Araştırmaya katılan kadınların normal doğum, sezaryen doğum, ağrısız doğum ve sezaryenden sonra normal doğum hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Gebelere antenatal bakımla doğumun fizyolojik bir olay olduğu konusunda bilgi ve danışmanlık hizmeti verilerek farklı bir bakış açısı kazandırılması, bu aşamada kendine güvenin artırılması ve bu doğrultuda gebenin doğuma hazırlanması gerekmektedir. Bu yönüyle doğumda distosiye neden olabilecek korku ve anksiyetenin de azaltılarak gebenin de doğumda daha aktif hale getirilebileceği kanaatindeyiz. Böylece ağrı ve bilgi eksikliği nedeniyle sezaryen doğumu tercih eden kadınlara da bu şekilde ulaşılarak normal doğuma yönlendirilebileceği düşünülmüştür.

Doğumhane şartlarının düzeltilerek bu yüzden sezaryen tercih eden hastalarında normal doğuma yönlendirilebileceği düşünülmüştür.

Sezaryen oranını arttıran en önemli etken olan primigravid hastalara uygulanan sezaryen vakalarının önlenmesi için; gebe takibi ve doğum eyleminde aktif rol alan ebe ve hemşirelerin de doğum şekilleri, ve doğum şekillerinin endikasyonları, kontrendikasyonları ve komplikasyonları konusunda bilgilerinin güncellenmesi ve bu konu hakkında bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Sezaryen kararında en etkili olan kişilerden biri olan doktorlarında özellikle primigravid hastalara sezaryen endikasyonu koyarken daha seçici ve objektif davranmasını sağlayarak sezaryen oranında ki artışın önüne geçilebileceği kanaatindeyiz.

## 7. KAYNAKLAR

- 1) Taşkın L. (1995) Doğum Eylemi. In: Taşkın L.(Ed), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Sistem Ofset, 155-175.
- 2) Ralp W., Hale MD., Danford D. (1994) Sezeryan Seksiyo , In: Martin L.(ed), Çeviri Edit. Saraçoğlu F., *Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis & Tedavi*, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, 694-709.
- 3) Canbaz S, Sünter T, Süren C. ve ark. (2005) Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik Ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi*. **6**:39-44
- 4) Bulletin of The World Health Organization (2001). **79(12)**:1173
- 5) Konakçı S., Kılıç B. (2004) İzmir’de Sezeryan Sıklığı Ve Buna Etki Eden Faktörler. *Türkiye klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **14(2)**:88-95.
- 6) Özkaya O.(2005) Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 Yıllık Doğum Oranları Ve Sezaryen Endikasyonları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp. Fak. Derg.***12(4)**:36-39
- 7) Hopkins K. (2000) Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean? *Soc sci Med.*; **99(4)**:557-80.
- 8) Himmetoğlu Ö., Demirtürk F., (2003) Sezeryan Güncel Değerlendirme ve Kabul Edilebilir Sezeryan Oranlarının Sağlanması Yönünde Öneriler. *MN-Klinik Bilimler&Doktor*; **9(4)**:516-523.
- 9) Hildingsson I., Radestad I., Rubertsson C., et al. ( 2002) Few women wish to be delivered by caesarean delivery. *BJOG*.; **109(6)**:618-23.
- 10) [www.haber3.com](http://www.haber3.com). Erişim 21-04-2006
- 11) Akın A., Özvarış SB. (2002) Türkiye’ de doğum ve doğum sonrası bakım.Ed. Akın A., İn ; Türkiye’ de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. TNSA-1998 İleri Analiz Sonuçları, Ankara, 243-293
- 12) Önderoğlu L., Karamürsel B., ve ark.(2005) Sezaryen. İn: *Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi*, İn: Güner H. (ed.) Güneş Kitabevi, 1562, 64-1572

- 13) Zlatnik F. (1997) Normal Doğum Eylemi ve Doğum. In: Scott JR.. (eds), Çeviri Edit. Erez S., *Obstetrik ve Jinekoloji*, Çevik Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul, 105-128.
- 14) Kadayıfçı O., Evrücke C., Yazır M. (1996) Doğum Fizyolojisi ve Normal Doğum. In: Gökşin E. (ed), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 259-279,443
- 15) Russell P., Biswas K. (1994) Normal Eylem ve Doğumun Seyri, In: Martin L.(ed), Çeviri Edit. Saraçoğlu F., *Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis & Tedavi*, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, 236-265
- 16) Ersoy İ.(2000) Normal Doğum ve Elemanları (2.Baskı). İn: Ersoy İ.(ed)İN: *Kadın Doğum Türkiye Klinikleri Ders Notları*, Ankara, 80
- 17) Coşkun A., Karanişoğlu H. (1997) Normal Doğum Eylemi ve Hemşirelik Bakımı.İN; *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.II. Baskı, Web Ofset, 280-282
- 18) Pritchard SA., Macdonald PC., Gand NF., Çeviri Yılmaz İ., Aydemir V. (1989) Travay fizyolojisi, İçinde; *Williams Doğum Bilgisi*. 17. Baskı, Güneş Kitabevi, 371-399
- 19) Arısan K.(1989) Normal Doğum Seyri (3. Baskı). İn: Arısan K.(ed.) İn: *Doğum Bilgisi (Obstetrik)*, İstanbul, 402
- 20) Uğur S., Işık Ç.(2001) Normal Doğum. İn:*Tusdata/Obstetrik ve Jinekoloji*, Nobel Kitabevi, İstanbul,183
- 21) Dystosia , (2002) *Hacettepe Kadın Doğum Ders Notları*, 3. Baskı, Aydın Kitabevi, 63-72
- 22) Halcroft C., Pressman E. Çeviri: Çelen Ş. (2000) Doğum ve Doğum Eylemi Komplikasyonları. 1. Baskı. İn: Lambrou N C., Morse E., Wallach E. (eds.) Vicdan K., Işık A., Danışman N. (Çeviri eds.) İn:*Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik el kitabı*,47,51
- 23) Pritchard SA., Macdonald PC., Gand NF., Çeviri Yılmaz İ., Aydemir V., (1989) Sezaryen Seksiyo ve Sezaryen Histerektomi, İn; *Williams Doğum Bilgisi*. 17. Baskı, Güneş Kitabevi, 1081-1102

- 24) Şevket O., Primer Sectio Ceasarea Abdominalis Olgularında Per-operatuar Servikal Dilatasyon İle Erken Uterin İnsizyon Stabilitesi Arasında ki İlişki.(Uzmanlık Tezi, İstanbul) 2005
- 25) Chom Berlain G., Hamilton D- Fairley. (2005) Sezaryen, İn: *Obstetrik ve Jinekoloji*. Nobel Kitabevi, 208-209
- 26) Scott JR. (1997) Sezeryan Doğum, İn: Scott JR.. (eds), Çeviri Edit. Erez S., *Obstetrik ve Jinekoloji*, Çevik Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul, 563-576.
- 27) Gürgüç A. Sezaryen. İn: Gürgüç A(ed.). *Doğum Operasyonları*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 389-92
- 28) [http:// www.hips. Hacettepe .edu.tr/tnsa 2003/basin/page 12htm](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa/2003/basin/page12.htm). Erişim 5/11/2006
- 29) Kara Ş K., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi, (Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul), 2004
- 30) Has R., Saygılı R. (2004) Doğum Operasyonları, İn: Berkman S., Has R.(eds), İn: *Doğum Bilgileri*, Nobel Tıp Kitabevi, 65-66
- 31) John S., Mcdonald M.D., (1994) Obstetrik Analjezi ve Anestezi, İn: Martin L.(ed), Çeviri Edit. Saraçoğlu F., *Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis & Tedavi*, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, syf 646
- 32) Erdem K., Özgen S., Coşkun F., (1996) Obstetrik Anestezi ve Analjezi. İn: Kişnişçi H. (ed), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 179-180
- 33) Reinhard M., Schofer R., Çeviri Yılmaz M T., (1995) Obstetrik Analjezi. İn; *Klinik Anesteziyoloji Kılavuzu*, I. Baskı , Yüce Yayınları, 468-469
- 34) Edward M., Michail MS., çeviri Lüleci N. (2002) Spinal, epidural, kaudal bloklar. İn; *Klinik Anesteziyoloji*, Nobel Kitabevi, 239
- 35) Akçay T., Göl K., Şahin İ., Şimşek M. (2001) Sezeryan sonrası vajinal doğumun güvenilirliği. *T Klin Jinekol Obst* , **11**: 224-227
- 36) Yumru E., Davas İ., Baksu B., ve ark. (2000) 1995-1999 yılları arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları Ve Oranları. *Perinatoloji Dergisi* :**8(3-4)**: 94-98



- 37) Wax J., Cartin A. (2004) Patient choice cesarean: on evidence-based review. *Obstet. Gynecol Survey*. **59(8)**: 601-16
- 38) Ben- Meir A., Schenker JG., Ezra Y., Cesarean section upon request; is it appropriate for everybody? Department of Obstetric& Gynecology, Hadasooh Hebrew University Medical Center, Ein Kerem, Jerusalem, İsrail
- 39) [http:// www. halk sağlığı. Org/ kongre/hsgg\\_bildiriler. Php? İd=47](http://www.halksağlığı.org/kongre/hsgg_bildiriler.php?İd=47). Erişim 5/11/2006
- 40) [http:// sağlık gov.tr/extros/ birimler/ açsp/taslak\\_protokoller.pdf](http://sağlık.gov.tr/extros/birimler/açsp/taslak_protokoller.pdf). Erişim 5/11/2006
- 41) Gonen R., Tamir A., Degani S. (2002) Obstetricans' Opinions Regarding Patient Choice in Cesarean Delivery; *The American College of Obstetricans and Gynecologists*. ; **99(4)** 578-79
- 42) Quinlivan J., Peterson R., Nichols C. (1999) Patient preference the leading indication for elective cesarean section in public patients results of a 2 year prospective audit in teaching hospital. *Aust N Z J Obstet. Gynecol*, **39 (2)**: 207-14
- 43) Erkaya S., Kutlar İ., Kara F., ve ark.(1999) Yükselen Sezaryen Oranlarımızın Nedenleri (1983-1996), *MN-Klinik Bilimler&Doktor*. **5(5)**:674-79
- 44) Sayın C, Berberoğlu U., Varol F. (2004) Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde Doğum Sonrası Memnuniyet ve Takip Eden Gebelikte Doğum Şekli Tercih; *T Klin Jinekoloj Obst*. **18(2)**:82-88
- 45) Avşar FA., (2001) Elektif sezeryan, *T Klin Jinekoloj Obst*, **11**:401- 2
- 46) İnceç M., Kumtepe Y., Özdiller O., Coşgun S., Kanadalı S., (2004) Sezeryan sonrası vajinal doğum. *T Klin Jinekoloj Obst*, **14**: 96- 100
- 47) Donati S., Grandolfo ME., Andreozzi S., (2003) Do Italian Mothers Prefer Cesarean Delivery? *Birth*, **30(2)**:89-93.
- 48) Gamble J., Creedy D. (2001) Women's preference for a caserean section; incidence and associated factors. *Birth*, **28(2)**: 101-10
- 49) Güngör İ., Gökyıldız Ş., Nahçıvan N., (2004) Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde

yaşadıkları sorunlar, *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **13(53)**

- 50) Balcı E., Gün İ., Özçelik B. (2005) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Sevk Ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu; *Sağlık Bilimleri Dergisi(Journal Of Healt Sciences)* **14(2)**: 91-96.

## EKLER

### İLK KEZ DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM TERCİHLERİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

1)Yaşınız .....

2)Eğitim durumunuz nedir?

a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul mezunu d)Orta okul mezunu e)lise mezunu f)Üniversite-daha yüksek okul mezunu g)Öğrenci

3)Mesleğiniz nedir?a)Ev hanımı b)Memur c)Hemşire d)Doktor e)Öğretmen f)İşçi g)Akademik görevli h)Diğer.....

4)Çalışıyorsanız aylık geliriniz nedir?.....

5)Eşinizin eğitim durumu nedir?

a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul mezunu d)Ortaokul mezunu e) lise mezunu f)Üniversite –daha yüksek okul mezunu g)Öğrenci

6)Eşinizin mesleği nedir?a)İşçi b)Memur c)Serbest meslek d) Sağlık personeli e)Öğretmen f)Doktor g)Akademik görevli h)Çiftçi i)Asker j)Diğer.....

7)Eşinizin aylık geliri nedir?.....

8)Eşinizin ve sizin maaşınız dışında ek geliriniz var mı? a)Evet b)Hayır

9)Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?a)Hayır b)Evet Cevabınız evetse hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?

a)Doğal yöntemler(Geri çekme, takvim yöntemi.....)

b)Hormonal yöntemler(Haplar.....)

c)Spiral

d)Kondom

e)Diğer.....

10)Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....

11)Kaç kez düşük yaptınız?.....

12)Kürtaj oldunuz mu?a)Hayır b)Evet Cevabınız evetse kaç kez?.....

13)Anne karnında ölen bebeğiniz oldu mu?a)Hayır b) Evet Cevabınız evetse kaç kez? .....

14) Gebeliğinizin oluş şekli hangisidir?

- a) Kendiliğinden
- b) İlaç tedavisi ile
- c) Tüp bebek yöntemi ile

15) Gebeliğinizde sorun yaşadınız mı? a) Hayır b) Evet Cevabınız evetse ne sorun yaşadınız?

- a) Hiperemesis
- b) Düşük tehdidi
- c) Erken doğum tehdidi
- d) Enfeksiyon
- e) Tansiyon yükselmesi
- f) Diğer.....

16) Gebeliğinize etki eden kronik bir hastalığınız var mı? a) Yok b) Var Varsa belirtiniz

- a) Kalp hastalığı
- b) Anemi
- c) Hipertansiyon
- d) Böbrek hastalığı
- e) Diabet
- f) Diğer.....

17) Operasyon geçirdiniz mi? a) Hayır b) Evet Cevabınız evetse .....

18) Gebelik boyunca operasyon geçirdiniz mi? a) Hayır b) Evet Cevabınız evetse nedir?.....

19) Ailenizde kronik bir hastalığı olan var mı? a) Hayır b) Evet Cevabınız evetse nedir?.....

20) Gebelik boyunca takip edildiniz mi? a) Hayır b) Evet Cevabınız evetse gebelik boyunca en çok nerede takip edildiniz?

- a) Sağlık ocağı
- b) Devlet hastanesi
- c) Tıp fakültesi
- d) Özel hastane-özel muayenehane

21) Gebelik boyunca en çok kim tarafından takip edildiniz?

- a) Doktor
- b) Ebe-hemşire
- c) Diğer.....

22) Gebelik boyunca kaç kez takip edildiniz?.....

23) Doğum şekliniz nedir? a) Normal doğum b) Yardımla normal doğum (forceps-vakum) c) Sancı ile normal doğum d) Sezeryan doğum

24)Doğumunuzu gebeliğinizin kaçınıcı haftasında yaptınız?.....

25)Doğumunuzu hangi saatler arasında yaptınız?

a)08:00-17:29

b)17:30-23:59

c)24:00-07:59

26)Doğumunuzu nerede yaptınız?a)Özel hastane b)Devlet hastanesi c)SSK d)Tıp Fakültesi

e)Diğer(.....)

27)Doğumunuzda sorun yaşadınız mı? a)Hayır b)Evet Cevabınız evetse aşağıdakilerden hangisidir?

a)Sancım yeterli gelmedi

b)Bebek pozisyonu, yerleşmesi ile ilgili sorunlar

c)Bebekte sorun yaşanması

d)Bebek başı ile ilgili sorun

e)Suyun erken gelmesi

f)Yırtık oluşması

g)Kanama

h)Kordon dolanması

i)Diğer.....

28)Doğumunuz kim tarafından yaptırıldı?a)Doktor b)Ebe-Hemşire

c)Diğer(.....)

29)Doğumunuzu yaptıran doktor ise cinsiyeti nedir?a)Bayan b)Erkek

30)Bebeğinizin cinsiyeti nedir?a)Kız b)Erkek c)İkiz(Kız-Erkek) d)İkiz(Erkek-Erkek)

31)Bebeğinizin doğum kilosu.....

32)Normal doğum hakkında bilgilendirildiniz mi?a)Hayır b)Evet c)Kısmen

Cevabınız evetse **en çok** kim tarafından bilgilendirildiniz?a)Doktor b)Hemşire

c)Diğer(.....)

33)Sezeryan hakkında bilgilendirildiniz mi?a)Hayır b)Evet c)Kısmen Cevabınız evetse **en çok** kim tarafından bilgilendirildiniz?a)Doktor b)Hemşire

c)Diğer(.....)

34) Doğum tercihiniz kime ait?

a)Kendime

b)Eşime, aileme ve bana

c)Eşime

d)Doktora

e)Doktora ve bana

35) Doğum şekliniz normal doğum ise neden normal doğumu seçtiniz?..... ..

36) Doğum şekliniz sezeryan ise neden sezeryan oldunuz?

- a)Bebek başı ve pozisyonu ile ilgili sorunlar yaşandı,
- b)Bebek sıkıntıda idi
- c)Yeterli sancım olmadı
- d)Bebeğin doğum haftası geçmişti
- e)Kendime ait problemlerden dolayı(Kalp hastalığı, Diabet, kan hastalığı.....)
- f)Yaşım 35 yaş ve üzeri idi
- g)Kendi isteğim ve kendi tercihim
- h)Diğer(.....)

37) Yakınlarınızdan normal doğumla problem yaşayan oldu mu? a)Hayır b)Evet

38) Yakınlarınızdan sezeryan doğumla ilgili problem yaşayan oldu mu? a)Hayır b)Evet

39)Sezeryan doğumdan sonra hasta uygunsa normal doğum yapabilir a)Yanlış b)Doğru c)Bilgim yok

40)Bu doğum tercihi sadece size bırakılsaydı(hiçbir zorunluluk durumu olmadan)hangi şekilde doğum yapmayı tercih ederdingiz?

- a)Normal doğum
- b)Ağrısız doğum
- c)Sezeryan doğum

41) Bir sonraki doğum şeklinin ne olmasını isterdingiz?a)Normal doğum b)Ağrısız doğum c)Sezeryan doğum

42)Ağrısız doğum şekli hakkında bilgilendirildiniz mi?a)Hayır b)Evet

43)Ağrısız doğumu tercih ettiniz mi?a)Hayır b)Evet Cevabınız hayırsa sebebini nedir?...