



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**SEZARYEN YÖNTEMİ İLE DOĞUM YAPAN KADINLARIN
SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUMA BAKIŞ AÇILARININ
İNCELENMESİ**

Gülkan GÜVEN AY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN

Tez No:169

ISPARTA-2019

KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 08/03/2019

Tez Danışman : DOÇ. DR. EMEL TAŞÇI DURAN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Üye : DOÇ. DR. EMEL TAŞÇI DURAN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D. Öğr. Üyesi

Üye : DR. ÖĞR. ÜYESİ ESİN ÇETİNKAYA ULUSOY

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları A.D. Öğr. Üyesi

Üye : DOÇ. DR. ŞENAY ÜNSAL ATAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği A.D. Öğr. Üyesi

ONAY: Bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nilgün GÜRBÜZ

Enstitü Müdür

BEYAN

“Sezaryen Yöntemi ile Doğum Yapan Kadınların Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma Bakış Açılarının İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Gülkan GÜVEN AY

İmza

Danışman

Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN

İmza

ÖNSÖZ

Sezaryenle doğum yapmış olmak, takip eden doğumların mutlaka sezaryenle gerçekleşmesi gerektiği anlamına gelmemektedir. Sezaryen sonrası vajinal doğum önceki sezaryeni fetal distres veya makat gelişi gibi o gebeliğe özgü bir nedenden uygulanmış anne adaylarının vajinal yoldan doğum deneyimini yaşamaları için iyi bir seçenek olarak görülmektedir. Sezaryen sonrası vajinal doğum anne ve yeni doğan için yeterli donanım ve bakım koşullarının olduğu sağlık kuruluşlarında ailenin de onayı alınarak uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yöntemdir. Bu kapsamda araştırmanın temel amacı, sezaryen yöntemi ile doğum yapan kadınların sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesidir.

Isparta, 2019

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren danışmanım Doç. Dr. Emel Taşçı Duran'a, eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bizleri yönlendiren, desteklerini her zaman arkamda hissettiğim hocalarım Doç. Dr. Fatma Başalan İz'e ve Dr. Öğretim Üyesi Esin Çetinkaya Uslusoy'a, tez çalışmam boyunca bana her zaman kapılarını açan Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi Yönetimine, tez çalışmamda yardımlarıyla destek olan bütün çalışma arkadaşlarıma ve tüm yaşamım boyunca ve eğitimim süresince beni destekleyen, maddi manevi hep yanımda olan her zaman sevgilerini hissettiğim kıymetli aileme,

Araştırmama katılan tüm annelere sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI.....	i
BEYAN.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Doğum.....	4
2.1.1. Vajinal Doğum.....	4
2.1.2. Sezaryen Doğum.....	8
2.1.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryenin Tarihçesi.....	8
2.1.2.2. Sezaryen Sıklığı.....	9
2.1.2.3. Sezaryen Endikasyonları.....	11
2.1.2.4. Sezaryen Komplikasyonları.....	13
2.1.2.5. Sezaryen Doğumun Avantajları.....	15
2.1.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum.....	15
2.1.3.1. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Yararları.....	17
2.1.4. Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler.....	18
2.1.5. Doğum Şekli Tercihinde Hemşirenin Rolü.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı.....	22
3.2. Araştırmanın Tipi.....	25
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	26
3.5. Veri Toplama Aracı.....	28
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.8. Araştırmanın Etik Açıklamaları.....	29

4. BULGULAR.....	30
4.1. Sosyo- Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	30
4.2. Gebelik ve Doğuma İlişkin Bulgular	32
5. TARTIŞMA.....	54
5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	54
5.2. Gebelik ve Doğuma İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	67
7.ÖZET.....	69
8.ABSTRACT.....	70
9.KAYNAKLAR.....	71
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	78
EKLER.....	79
Ek 1. Veri Toplama Formu.....	79
Ek 2. Araştırma İzin Belgesi.....	85
Ek 3. Etik Kurul Belgesi.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	89

KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ** :Dünya Sağlık Örgütü
- SPSS** :Statistical Package for Social Sciences
- SSVD** :Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
- TNSA** :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TUİK** :Türkiye İstatistik Kurumunun
- TL** :Türk Lirası

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	32
Tablo 3. Gebelerin Düşük, Küretaj veya Ölümle Sonuçlanan Gebelik Vakalarına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4. Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Dağılımı.....	33
Tablo 5. Gebelerin Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Dağılımları.....	33
Tablo 6. Gebeliğin Gerçekleşme Şekline Göre Dağılımları.....	33
Tablo 7. Gebelerin Önceki Gebelikleri İle Bu Gebelikleri Arasındaki Süreye Göre Dağılımları.....	34
Tablo 8. Gebelerin Gebelikleri Süresince Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sayılarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 9. Gebelerin Gebelikleri Süresince Sağlık Kontrollerini Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımı.....	35
Tablo 10. Gebelerin Sağlık Kontrollerini Yapan Sağlık Personeline Göre Dağılımları.....	35
Tablo 11. Gebelerin Herhangi Bir Sağlık Problemi Yaşayıp Yaşamama Durumlarına Göre Dağılımları.....	36
Tablo 12. Gebelerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı.....	36
Tablo 13. Gebelerde Mevcut Olan Kronik Hastalıkların Dağılımı.....	37
Tablo 14. Gebelerin Önceki Doğumlarının Gerçekleşme Haftasına Göre Dağılımları.....	37
Tablo 15. Gebelerin Önceki Gebelikte Doğum Şekilleri İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	38
Tablo 16. Doğum Şekli İle İlgili Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	38
Tablo 17. Gebelerin Önceki Doğumunda Doğum Şekline Karar Veren Kişiyeye Göre Dağılımları.....	39
Tablo 18. Gebenin Tek Başına ya da Eşi ve Doktoru İle Verdiği Doğum Şekli Kararının Sebeplerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 19. Doktorun Tek Başına ya da Gebeyle Verdiği Doğum Şekli Kararının Sebeplerine Göre Dağılımları.....	40
Tablo 20. Gebelerin İlk Doğumda Vajinal Doğum Yapmayı Düşünme Durumlarının Dağılımları.....	41
Tablo 21. Gebelerin Vajinal Doğumdan Vazgeçme Nedeninin Dağılımı.....	41

Tablo 22. Gebelerin Bu Gebeliğinde Vajinal Doğum İçin Engel Olmaması Durumunda Doğum Şekli Tercihlerine Dağılımları.....	42
Tablo 23. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İle İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	42
Tablo 24. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İle İlgili Bilgi Aldıkları Kaynaklara Göre Dağılımları.....	43
Tablo 25. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmanın Anne ve Bebek İçin Riskli Olup Olmadığına İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 26. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumu Riskli Bulma Nedenlerine Göre Dağılımları.....	44
Tablo 27. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumu Anne ve Bebek İçin Yararlı Bulup Bulmama Durumlarına Göre Dağılımları.....	44
Tablo 28. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Yararlarına İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımları.....	45
Tablo 29. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Doğum Şekline Karar Verilme Durumlarının Dağılımı.....	46
Tablo 30. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Doğum Şekline Karar Veren Kişiye Göre Dağılımları.....	46
Tablo 31. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Karar Verilen Doğum Şekline Göre Dağılımları.....	47
Tablo 32. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Doğum Kararının Nedenlerine Göre Dağılımları.....	47
Tablo 33. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Vajinal Doğum Kararının Nedenlerine Göre Dağılımları.....	48
Tablo 34. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteyip İstememe Durumlarına Göre Dağılımları.....	49
Tablo 35. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İstememe Nedenlerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 36. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteme Nedenlerine Göre Dağılımları.....	50
Tablo 37. Gebelerin Doktoru İle Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Konusunu Konuşma Durumlarına Göre Dağılımları.....	51
Tablo 38. Gebeliğin Gerçekleşme Şekline Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı.....	51
Tablo 39. Gebelerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı.....	52
Tablo 40. Gebelerin Önceki Gebelikte Doğum Şekilleri ile İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı.....	52

Tablo 41. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ile İlgili Bilgi Durumlarına Göre
Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı.....53



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınların özel sağlık gereksinimleri çoğunlukla doğurganlıklarıyla ilgilidir. Kadın hayatında önemli bir yere sahip olan doğurganlık döneminin sağlıklı geçirilmesi yaşamın daha sonraki dönemlerini de etkilemektedir. Gebelik ve doğum kadının fiziksel ruhsal durumunda ve yaşam tarzında bazı değişikliklere neden olmasına rağmen normal ve fizyolojik bir süreçtir (1). Bu sürecin sağlıklı olumsuz yönde etkilemeden devam etmesinde ve sonlanmasında birçok etken rol oynamaktadır. Bu etkenlerden biri de tercih edilen doğum şeklidir. Anne ve bebek için doğum şeklinin önemi oldukça büyüktür (2). Doğum eylemi doğal bir süreçtir ve yapılan tıbbi müdahaleler doğumun bu doğallığını bozabilmekte ve sorunlara neden olabilmektedir (3).

Sezaryen son yıllarda sıkça tercih edilen bir doğum şekli olması nedeniyle endikasyonları komplikasyonları anne ve bebek açısından artı ve eksileri çok iyi bilinmesi gereken bir konu haline gelmiştir (4). Operasyon teknikleri, anesteziye gelişmeler, antibiyotik kullanımı, kan teminindeki kolaylıklar gibi nedenlerle sezaryen operasyonu rölatif olarak güvenilir hale gelmiş ve buna bağlı olarak endikasyonlar genişletilmiş, sezaryen oranları da giderek yükselmeye başlamıştır (5).

İlk gebeliklerin ileri yaşlarda olması, sosyoekonomik düzeyin yükselmesi, fetal monitörizasyon, anne adayının doğum korkusu ve ultrasonografinin daha yaygın kullanımı, gelişen teknoloji ile çocuk sahibi olamayan ailelerin uzun süren tedaviler sonrası gebe kalması, kariyer ve gelecek kaygısı; anne adaylarının ve hekimlerin sezaryeni tercih etmesine sebep olmuştur. Bu durum tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında istenmeyen bir artışa neden olmuştur (4, 6, 7). Ayrıca zaman zaman doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler, uzun yıllar anlatılan doğum hikâyeleri, görsel medyada gösterilen ağrılı doğum sahneleri, kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmaya neden olarak doğum tercihlerini sezaryen doğuma yöneltmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hem riski düşük hem de riski yüksek anne adayı tedavisi üstlenen bir merkezin ortalama sezaryen oranının %15 olması gerektiği görüşünü savunmaktadır. DSÖ, bir merkezin sezaryen oranının bu oranın üstüne çıkması durumunda, o merkezin "sezaryen yapılma nedenlerini tekrar gözden geçirmesi gerektiği" görüşünü taşımaktadır. Ancak pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırma verilerine göre 2003 yılında sezaryen oranı %21,2, 2008 yılında %37'dir. Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre ülkemizde sezaryen oranı, %48,0, 2013 verilerine göre sezaryen oranı %50,4, 2014 verilerine göre %51,1'dir. Sağlık İstatistikleri 2016 verilerine göre tüm doğumlar içinde sezaryen oranı ülkemizde %53, dünyada ise %17 olarak belirtilmektedir. 2016 DSÖ Sağlık İstatistikleri verilerine göre bu oranlar üst gelir düzeyli ülkelerde %28, DSÖ Avrupa ülkelerinde %25, dünyada %17'dir (9, 10, 11, 12).

Sezaryen endikasyonlarının en sık görülen sebeplerinden biri önceki sezaryen sonrası yapılan elektif sezaryendir. Gelişmiş ülkelerde sezaryenlerin yaklaşık %30'u tekrarlayan sezaryenlerdir. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı 2010 verilerine göre tekrarlayan sezaryen oranı %19,8, 2011 verilerine göre %21,8, 2012 verilerine göre %23,4, 2013 verilerine göre %24,5 ve 2014 verilerine göre %24,8'dir (9, 10).

Sezaryen ile doğum hem kadın hem de bebeğin sağlığını tehdit eden bir durum varlığında tercih edilmesi gereken bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda tüm dünyada sezaryenle doğum oranında hızlı bir artış olduğu vurgulanmakta ve bu artışta birincil sezaryeni izleyen yineleyen sezaryenler majör endikasyon olarak belirtilmektedir (13, 14). Bu durum, 1916'da Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımının aksi yöndeki tüm çalışmalara rağmen değiştirilememesi sonucu ortaya çıkmıştır. Cerrahi bir girişim olan sezaryen, gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında sezaryen uygulananlarda maternal mortalite ve morbidite oranlarının dört kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sezaryenle doğumlar, büyük medikal harcamalara neden olma, emzirme ve anne-bebek ilişkisinin başlamasını geciktirme ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara da sahiptir (15, 16).

Sezaryen sonrası vajinal doğum, risk değerlendirmesinin iyi yapıldığı, seçilmiş uygun olgularda uygulanabilir bir prosedür olarak görünmektedir. Bununla beraber, yeni doğan için hangi doğum şeklinin güvenli olduğunun, yine sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) kabul edilebilir bir risk olup olmadığının cevaplandırılması halen tartışılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda, sezaryen ile doğum oranlarında dramatik artışlar, her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir (17).

Sezaryenle doğum yapmış olmak, takip eden doğumların mutlaka sezaryenle gerçekleşmesi gerektiği anlamına gelmemektedir. SSVD önceki sezaryeni fetal distres veya makat gelişi gibi o gebeliğe özgü bir nedenden uygulanmış anne adaylarının vajinal yoldan doğum deneyimini yaşamaları için iyi bir seçenek olarak görülmektedir. Ancak anne adayının gebeliği SSVD için uygun koşulları taşısa bile, SSVD uygulanacak merkezin koşulları uygun değilse, ekip SSVD konusunda tecrübeli değilse, anne adayı sezaryen sonrası vajinal doğum konusunda istekli değilse ideal olanı sezaryen sonrası doğumun tekrar sezaryenle gerçekleşmesidir (16, 18).

Sezaryen ile doğum hem kadın hem de bebeğin sağlığını tehdit eden bir durum varlığında tercih edilmesi gereken bir yöntem olması gerekirken yapılan çalışmalarda tüm dünyada sezaryenle doğum oranında hızlı bir artış olduğu vurgulanmakta ve bu artışta birincil sezaryeni izleyen yineleyen sezaryenler majör endikasyon olarak belirtilmektedir. Ülkemizde de 2014 verilerine göre %51,1 sezaryen oranının %24,8'i tekrarlayan sezaryendir (10). Daha önceden geçirilmiş sezaryen girişimi yeni bir sezaryen için gerçek bir endikasyon değildir. Bu gebeler uygun ve güvenli koşullarda vajinal doğuma yönlendirilebilirler (16).

Bu kapsamda, bu çalışma kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde gebelik takibi yapılan ilk doğumunu sezaryen yöntemiyle yapmış kadınların SSVD hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve SSVD'a bakış açılarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum

Doğum eylemi son menstrual periyottan 40 hafta sonra gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin (plasenta, umbilikal kord ve membranlar) uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gramın üzerinde olan ya da baş topuk mesafesi 25cm ve üzerinde olan fetüslerin doğumu anlaşılmaktadır. DSÖ 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir. Diğer bir açıdan bakıldığında doğum, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır (1, 19, 20).

Doğum olayı vajinal doğum (normal doğum) ve sezaryen (abdominal yolla doğum) olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir.

2.1.1. Vajinal Doğum

Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum yöntemidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir (13).

Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda, uterus kaslarının düzenli ve ritmik kasılmaları sonucu gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin; term'de (son menstrual periyottan 40 hafta sonra), tek ve canlı bir fetusun varlığı ile, verteks pozisyonunda, bas-pelvis uyumsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir. Çoğunlukla gebelerin % 85'inde doğum eylemi, gebeliğin 37-42. haftaları arasında spontan olarak gerçekleşir. Doğum eylemini başlatan neden tam olarak bilinmemesine karşın yapılan çalışmalar, doğum eyleminin maternal, fetal

ve plasental faktörlerin birbirini etkilemesi sonucu oluştuğunu göstermektedir (1, 13).

Bir doğumun, vajinal doğum sayılabilmesi için aşağıdaki özellikleri taşıması gerekir:

- Miadında (tremde/süresinde) bir gebelik olması
- Tek ve canlı fetüs olması
- Verteks (başla geliş) pozisyon
- Baş- pelvis uyumsuzluğunun olmaması
- Kontraksiyonların, kendiliğinden başlaması ve doğumun başlangıcından sonuna kadar normal düzende devam etmesi
- Amniyon kesesinin, düzenli doğum ağrıları başladıktan sonra açılmış olması
- Bebeğin, herhangi bir yardımcı araç kullanmadan sağlıklı olarak doğması,
- Plasentanın, bebeğin doğumundan sonra 30 dakika içinde çıkarılmış olması
- Doğum eyleminin en fazla 24 saat sürmesi,
- Eylem boyunca 500 cc'den fazla kanamanın olmaması.
- Doğum eylemi sırasında veya eylem nedeniyle anne ve bebekte hiçbir sıkıntının olmamasıdır (1, 13, 21).

Vajinal doğumun en önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğum sonrasında anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte ve çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir. Böylece anne ve bebek arasında duygusal temas daha kısa sürede ve güçlü başlamaktadır, hastanede kalış süresi son derece kısa olmaktadır. Fetüs açısından avantajı ise doğum esnasında sıkışıp büzüşen bebeğin akciğerlerinin soluk alıp vermeye daha hazırlıklı olmasıdır (22).

Bu avantajların yanı sıra vajinal doğum bazı riskleri de beraberinde taşımaktadır. Bunlardan en önemlisi distosidir. Doğum eylemini güçleştiren, doğum

süresini uzatan, hatta doğumun vajinal yoldan gerçekleşmesini bütünüyle engelleyebilen durumlara “distosi” denir. Distosi nedenine göre üçe ayrılır.

1. Uterus disfonksiyonlarına ait distosi: Doğumu sağlayan motor güç ile ilgili fonksiyon bozuklukları bu grupta toplanır. Burada uterus kontraksiyonlarının yetersiz yada düzensiz olması gibi uterus disfonksiyonlarına ait nedenler vardır.
2. Doğum objesine ait distosi: Bu grupta fetusa ait prezantasyon ve pozisyon bozuklukları vardır.
3. Doğum kanalı-kemikpelvise ait distosi: Kemik pelvise ait nedenler bu grupta toplanır.

Distosilerde tedavi altta yatan nedene yönelik olarak yapılır. Tüm doğumlar dikkate alındığında distosilerin rastlanma sıklığı %10, sezaryen endikasyonları içinde oranı ise %30’dur. Tüm birincil sezaryenlerin de hemen hemen yarısının nedenini oluşturmaktadır (23).

Normal doğumun anne açısından önemli bir diğer riski ise doğum yolundaki yırtıklara bağlı gaita inkontinansına neden olmasıdır. Diğer bir risk de mesane sarkmasıdır. Buna bağlı olarak idrar inkontinansı şikâyetleri görülebilir. Bunun dışında tamamen normal seyreden bir doğum eyleminde bile her an bir problemin gelişebilmesi riskine karşı hastane koşullarının, kısa sürede sezaryene geçilebilecek durumda olması gerektirmektedir (24).

Doğum eylemi dört faktörün ahenkli bir şekilde uyumunu gerektiren karmaşık bir süreçtir. Bunlar;

1. Doğum kanalı,
2. Doğum objesi,
3. Doğum eylemindeki güçler,
4. Annenin psikolojisidir.

Doğum kanalı, kemik pelvisi ve yumuşak dokuları içerir. Eylemin gerçekleşebilmesi için pelvisin ölçülerinin yeterli ve fetusun aşağı inmesini

durduracak bir engelin bulunmaması gerekir. Doğum objesi fetustur. Fetus, pelvise göre uygun ölçülerde ve pelvisten aşağı inebilmek için uygun pozisyonda olmalıdır. Doğum eylemindeki güçler, uterus kontraksiyonlarını ifade eder. Uterus kontraksiyonları, servikte silinme ve dilatasyon yapabilecek, fetusun doğum kanalından inisini kolaylaştıracak güçte ve düzende olmalıdır. Annenin psikolojisi, kadının psikolojik olarak eyleme ve doğuma uyumu ile ilgilidir. Bu da doğrudan doğum sürecinin seyrini etkiler (1).

Gebelik ve doğum doğal bir olay olmasının yanında, anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkileyen, meydana getirdiği değişiklikler bakımından da annenin sağlık- hastalık arasındaki çizgisini daraltan bir süreçtir. Kültürlerin çoğunda yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, kadını yaşamın bir noktasından diğerine ulaştıran sosyal ve biyolojik bir olay olması ile birlikte, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli bir deneyimdir (25).

Doğum olayı kadını gerek gebelik gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilecek bir süreçtir. Bu süreçte karar verilmesi gereken önemli konulardan bir tanesi kadının doğum şeklidir. Kadınlar doğum şekline karar verirken birçok faktörden etkilenebilirler.

Anneleri vajinal doğumdan uzaklaşmaya iten nedenlerin bazıları psikolojik kökenlidir. Özellikle ilk doğumunu yapacak anneler için, zaman zaman 12 saate kadar sürebilen doğum sancuları büyük korku yaratmaktadır. Kadınların sezaryen ile doğumu tercih etmelerindeki sebep olarak % 45,2 oranında normal doğum korkusu olduğunu saptanmıştır (26). Ondokuz nullipar gebe ile yapılan bir kalitatif çalışmada ise kadınların yaşadığı doğum korkusu beş kategoride toplanmıştır. Bunlar; doğum ağrısı, doğum sırasında annede gelişebilecek komplikasyonlar, doğum sırasında bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinselliktir (27).

Doğum; anneliğe uyum sağlamada önemli olan biyolojik, fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde kadınlar, tanımadığı ortamda bulunma, mahremiyetini koruyamama ve doğum süreci ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Doğum eylemindeki kadınlar yaşadıklarını ve olup bitenleri

yeterince bilmedikleri ve anlayamadıkları için korku, endişe ve anksiyete yaşamaktadırlar (28).

Doğum çok özel bir olgu olup anne ve baba adayları için, yaşamlarında ki en güzel deneyimlerden biridir. Ancak zaman zaman doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler uzun yıllar anlatılan doğum hikâyeleri arasında yerini alabilmektedir. Bu tür deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, bir yandan da görsel medyada gösterilen ağrılı doğum sahneleri, kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla doğumun ağrılı, kanlı korkutucu bir olay oluşuyla ilgili imaj; gebelik süresince kadınların vajinal doğumla ilgili bu korkutucu deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların tercihlerini sezaryen doğum üzerinde odaklandırmaktadır (8). Anne adaylarını korkutan diğer bir durum da doğum eyleminin ne zaman başlayacağını önceden bilinmemesidir. Doğumun uygunsuz zaman ve ortamlarda başlayacağı ve dolayısı ile hastaneye yetişememe veya doktoruna ulaşamama korkusu anne adaylarını sezaryene yöneltmektedir (29).

Eylemin seyri her kadında farklılık gösterdiği gibi, aynı kadında da farklılık gösterebilir. Bu faktörlerin hepsi uyumlu ise eylem normal seyrinde ilerler ve gerçekleşir. Şayet bu faktörlerden herhangi birinin ya da birkaçının fonksiyonlarında bir anormallik ya da yetersizlik varsa, eylem ilerleyemez ve normal bir şekilde sonuçlanamaz (1).

2.1.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır. Fetusun sekonder implantasyon sonucu veya uterus rüptürü nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınması bu tanımın içine girmez (20, 30).

2.1.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryenin Tarihçesi

Anne karnına yapılan bir kesi ile bebeğin doğurtulması operasyonu olan sezaryen insanlık tarihi kadar eskidir. Antik çağlarda mitolojilerde tanrıların, vajinal

yoldan değil karından kesilerek doğurtulduğu anlatılır. Büyük iskender de karından, tanrısal yolla dünyaya gelmiştir diye tarihe not düşülmüştür. Sezaryen kelimesinin kökeninin annesinin karnından doğurtulduğu için Julius Ceasar'dan geldiği söylensedede farklı rivayetler vardır. Latince "caedere" kesmek anlamına gelen kelimedenden geldiği de iddialar arasındadır. Diğer bir iddia da Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin önce "lex regia" daha sonra "lex caesarea" olarak adlandırıldığı şeklindedir. Sezaryende dönüm noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşanmıştır. Kerr 1926'da yukarı doğru uzanan hilal şeklinde uterus insizyonunu önermiştir. Bugün Kerr tekniği en çok uygulanan sezaryen tipidir (30).

Ülkemizde anne ve bebeğin her ikisinin de yaşamını devam ettirdiği kayıtlara geçmiş ilk başarılı sezaryen ameliyatı saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından 2. Abdülhamit'in Maliye nazırı Hüseyin Sabri Bey'in eşi Aslı Melek Hanım' a yapılmıştır. Nişantaşı'nda bulunan Ethem Paşa konağının bir bölümü ameliyathane haline getirilmiş, 11.12.1902 saat 9:00'da yapılan sezaryende ileride Haydarpaşa Numune Hastanesi Cerrahi klinik şefi olarak görev yapacak Kudret Üye doğmuştur (31).

2.1.2.2. Sezaryen Sıklığı

Anne ve bebek için yaşam kurtarıcı değeri olan sezaryen, obstetri ve jinekolojinin en önemli ameliyatlarından biridir. Buna karşılık, uygulamadaki özel endikasyonlarda önemli değişiklikler olmuştur. Önceleri amaç, engellenmiş eylemdeki annenin kurtarılmasıyken, giderek, fetusun fazla belirgin olmayan bazı tehlikelerden kurtarılması da sezaryen kapsamına alınmıştır. Bu değişimden sorumlu olan en önemli faktörler, girişim ve anestezi tekniklerinin yanı sıra antibiyotiklerin ve kan ürünlerinin geliştirilmesidir (5).

Endikasyonların genişlemesi sezaryenin giderek yaygınlaşmasına neden olmuştur. Sezaryen oranındaki artışın diğer sebepleri arasında ilk gebeliklerin ileri yaşlarda olması, sosyoekonomik düzeyin yükselmesi, fetal monitörizasyon, ve ultrasonografinin daha yaygın kullanımı, gelişen teknoloji ile çocuk sahibi olamayan

ailelerin uzun süren tedaviler sonrası gebe kalması, kariyer ve gelecek kaygısı ; anne adaylarının ve hekimlerin sezaryeni tercih etmesine sebep olmuştur. Bu durum tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında istenmeyen bir artışa neden olmuştur (4, 6, 7).

Tüm bunları maddeler halinde sıralarsak sezaryen oranlarının artış nedenlerinde endikasyonlardaki değişimler ön plandadır.

- Günümüzdeki teknik ve tecrübenin artışı nedeniyle antenatal dönemde fetal sorunların saptanmasının daha fazla mümkün olması
- Kadınların daha az doğum yapmaları ve bunun sonucunda doğum yapan kadınların çoğunun primigravida grubuna dahil olması
- Doğumu daha geç yaşlara erteleyen kadınların artması
- Eski sezaryen vakalarının yine sezaryenle doğurtulmasının gerekliliği anlayışı
- Sürekli fetal monitörizasyon ile travayın takibi eskiden algılanmayan ancak fetüsün sinir sisteminde defekt bırakabilecek durumların daha kolay tespit edilebilir hale gelmiş olması
- Doğumlarda forseps uygulamalarında eskiye nispeten azalma görülmesi,
- Makat gelişi olan vakalarda doğumların son yıllarda daha çok sezaryene yönlendirilmesi
- Doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle hekim hakkında açılan yasal soruşturmanın sayısının artmış olması
- Sosyo-ekonomik koşullarda iyileşme olması

Yapılan çalışmalarda tüm dünyada sezaryenle doğum oranında hızlı bir artış olduğu vurgulanmakta ve bu artışta birincil sezaryeni izleyen yineleyen sezaryenler majör endikasyon olarak belirtilmektedir (13, 14). Gelişmiş ülkelerde sezaryenlerin yaklaşık %30'u tekrarlayan sezaryenlerdir. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı 2010 verilerine göre tekrarlayan sezaryen oranı %19,8, 2011 verilerine göre %21,8, 2012 verilerine göre %23,4, 2013 verilerine göre %24,5 ve 2014 verilerine göre %24,8'dir (9, 10).

Yumru ve arkadaşlarının (2000) İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1995-1999 yılları arası sezaryen oranları ve endikasyonlarının incelendiği çalışmasında her yıl için endikasyon olarak ilk sırada eski sezaryen, ikinci sırada fetal distres yer alırken, üçüncü sırada ilerlemeyen travay ve primipar makat gelişi arasında değişmektedir. Beş yıl genelinde tüm endikasyonlar sırayla; eski sezaryen % 26,8, fetal distres % 21,9, ilerlemeyen travay % 9,6, primipar makat gelişi % 8,4, mükerrer sezaryen % 5,8, baş-pelvis uygunsuzluğu % 5,6, preeklampsi-eklampsi % 5,2, ablasio plasenta % 4,3 ve plasenta previa % 2,3 oranındadır. Maternal ve fetal komplikasyonların tanı yöntemlerindeki gelişmeler, makat gelişlerin abdominal yolla doğurtulmasındaki artış, medikolegal endişeler, müdahaleli doğum, forseps, vakum ekstraksiyonunda azalma, sezaryen ile perinatal mortalitenin azalacağına dair yaygın inanış, planlı sezaryen oranındaki artış ve sosyoekonomik faktörlerin sezaryen oranlarındaki artışta rolü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, sezaryen operasyonu için risk faktörlerini belirleme konusunda da çalışmalar yapılmaktadır. Yüksek sosyoekonomik düzey, 35 yaş üstü gebelik, bebeğin doğum tartısı, prenatal bakımın uygulandığı merkez, annenin eğitim düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, travay ve doğum komplikasyonları, doktorun deneyimi risk faktörlerini oluşturmaktadır (32).

2.1.2.3. Sezaryen Endikasyonları

Doğum eylemi, anne ve fetus için tehlikeli kabul edildiğinde, doğumun gerekli olduğu fakat eylemin uyarılmadığı durumlarda, distosi (zor doğum) veya fetal sağlığı tehdit eden risklerin varlığında, vajinal doğum için kontrendike kabul edilen durumlarda ve doğumun hızlandırılmasını gerektiren, ancak vajinal doğumun uygun olmadığı durumlarda sezaryen operasyonu endikedir. Sezaryen doğumun endikasyonları çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türk Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ve Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle hazırlanmış Doğum Eylemi Yönetmi Rehberi'nde sezaryen endikasyonları şöyle belirtilmiştir (33).

- a. **Anneye ait endikasyonlar:** Daha önce geçirilmiş sezaryen, ağır preeklampsi ve eklampsi, kontraksiyonların yetersizliği ya da

düzensizliği, annenin travayı engelleyecek bir hastalığa sahip olması (kalp hastalığı, diabetes mellitus, psikiyatrik hastalıklar v.b), dar pelvis ve buna bağlı baş-pelvis uyumsuzluğu, iri bebek ve pelvis ölçülerinde eksiklik ya da pelvis biçim bozukluğu, vulva ve vajenin hiperplazisi, kolluma ait sebepler (rijit kollum, konizasyon v.b), malformasyonlar, uterus rüptürü tehdidi, bölge ile ilgili geçirilmiş operasyonlar (histerektomi, myomektomi, vajinal septum operasyonları v.b), bölgenin doğumu engelleyici nitelikte olan enfeksiyonları (genital herpes v.b), bölgenin neoplazik ya da inflamatuvar hastalıklarıdır.

- b. Bebeğe ait endikasyonlar:** Prezantasyon, situs (yatış) ve habitus (duruş) anomalileri (transvers geliş, alın geliş, kol geliş, makat geliş v.b), fetal distres, miyad aşımı, fetus anomalileri (hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik v.b), Rh ya da kan grubu immünizasyonudur.
- c. Fetus eklerine ait endikasyonlar:** Plasenta previa, ablasyo plasenta, kordon komplikasyonları (kordonun önde gelmesi, kordon sarkması), polihidroamnios ve oligohidroamnios'dur.
- d. Sosyal endikasyonlar:** Annenin isteği, yaşı, ilk gebeliği olması ve kıymetli bebek olması gibi tıbbi nedenlere dayanmayan endikasyonlardır.
- e. Diğer endikasyonlar:** Bu sınıfların hiçbirine sokulamayan endikasyonları oluşturur (19, 29).

Sezaryen ile doğum için geçerli klinik endikasyonlar sezaryenle doğum şeklini açıklamada yetersiz kalmaktadır. Artışın başlıca sebebi olarak, kadınların kendilerinden kaynaklanan tercihler gösterilmektedir. Borlu'nun 2008 yılında yaptığı çalışmasında sezaryen ile doğum yapan kadınların en sık sezaryen endikasyonları; geçirilmiş sezaryen (% 33,2), anne isteği (% 13,6) ve fetal sıkıntıdır (% 12,7). Kadınların en çok sezaryen isteme nedenleri; normal doğumu başaramama korkusu (% 51,6), tüplerini bağlatma isteği (% 22,6) ve doğum ağrısı korkusudur (% 19,4).

Türkiye’de tıbbi gerekçenin dışında yanlış ve eksik bilgiler ışığında isteğe bağlı yapılan sezaryenin sezaryen oranını arttırdığı düşünülmektedir (34, 35).

2.1.2.4. Sezaryen Komplikasyonları

Sezaryen ile doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran önemli bir cerrahi girişim olmakla birlikte, diğer büyük cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi girişime bağlı bir çok riskleri de beraberinde getirmektedir. Sezaryen doğumun bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancı sezaryen tercihinde etkilidir. 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 (36).

Potansiyel komplikasyonlar;

- Nedeni açıklanmayan ateş
- Endometrit
- Salpenjit
- Mesane ve üreter yaralanması
- Fistüller
- Postoperatif kanamalar
- Kesi yeri enfeksiyonu
- Aspirasyon pnömonisi
- Atelektazi
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Tromboflebit
- Pulmoner emboli
- Aneztezi komplikasyonları
- Maternal mortalite (%0.1’in altındadır) ve geç komplikasyonlar (adezyonlara bağlı barsak obstrüksiyonu, sonraki gebeliklerde eski insizyon hattında açılma).
- Transfüzyon ihtiyacı: Kanama, anemi
- Histerektomi

- Hematom
- Septik pelvik tromboflebit (26, 37, 38).

Gül'ün (2008) 2320 doğum vakası üzerinde yaptığı çalışmasında komplikasyon görülen 426 (% 18,4) olgunun; % 36,2'sinde yara yeri enfeksiyonu, % 30,5'inde kanama, %18,3'ünde ateş, %8,4'ünde kollum yırtığı, % 5,6'sında epizyotomi ayrılması, % 3,7'sinde plasenta retansiyonu, % 3,7'inde endometrit, % 1,4'ünde kötü kokulu akıntı, % 0,7'sinde anestezi komplikasyonu ve % 0,46'sında diğer enfeksiyon görülmüştür (20).

Tanrıverdi, Aktunç ve Dölen'in (2003) çalışmasında çalışmaya alınan 632 sezaryen ile doğumun 95'inde komplikasyon geliştiği tespit edilmiştir. Bunlar; uterin arter rüptürü % 1,7, major uterus rüptürü % 0,8, gastrointestinal yaralanma % 0,8, mesane hasarı % 0,3, sekel oluşturan fetal yaralanma % 0,2, histeretomiden sonra uzamış fetal doğum süresi % 5,38, minor uterus rupture % 4,9, sekel oluşturmeyen fetal yaralanma % 0,6, kan transfüzyonu % 0,16, rektus abdominalis kası üzerinde kanama % 0,16 olarak tespit edilmiştir (39). Vajinal doğum ile doğan bebeklerle sezaryenle doğan bebeklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada sezaryenle doğan bebeklerde daha fazla solunum problemi riski ve daha fazla yenidoğan yoğun bakım gereksinimini olduğu bildirilmiştir (40).

Obstetrik ve jinekolojik operasyonlarda karşılaşılan postoperatif enfeksiyon nedenlerine bakıldığında, yara yeri enfeksiyonları ve üriner sistem enfeksiyonları açısından sezaryen doğumların önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda endometrit sık rastlanan komplikasyondur. Tüm doğumlar içinde pospartum endometritin en sık sezaryenle gerçekleştirilen doğumlarda meydana geldiği belirtilmektedir. Sezaryenle doğumlarda yaygın olarak plasentayı elle ayırma yöntemi uygulanmaktadır. Plasentanın elle ayrıldığı olgularda, spontan ayrılmaya bırakılan olgulara göre daha yüksek oranda endometrit görüldüğü belirtilmektedir. Sezaryenle doğum yapan kadınlar, özellikle de geçmişte sezaryen ile doğum yapmış kadınlar, daha sonraki gebeliklerinde uterus rüptürü gelişmesi açısından daha fazla risk altındadır. Sezaryenin sonraki gebelikler için negatif etkileri vardır. En önemli majör morbidite plasenta previa ve akreataya bağlı görülmektedir. Geçirilmiş sezaryanda iki kat artmış plasenta previa riski vardır. Previa riski

geçirilmiş sezaryen sayısı, maternal yaş ve pariteyle orantılı olarak artmaktadır (16, 19, 36).

2.1.2.5. Sezaryen Doğumun Avantajları

Muhtemel tehlikelerine rağmen sezaryen doğumun bazı faydaları da vardır. Elektif bir sezaryen acil sezaryenin risklerinden, normal doğumun neden olabileceği pelvik yapı hasarından koruyarak inkontinans ve pelvik organ prolapsusu insidansını azaltabilir. Elektif sezaryen ayrıca normal doğumun çocuk için olası bazı riskleri de (omuz distozisi, doğum sırasında doğum kanalından enfeksiyon bulaşması, intrakranial yaralanmalar) azaltmaktadır (34).

2.1.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

Sezaryen ile doğum hem kadın hem de bebeğin sağlığını tehdit eden bir durum varlığında tercih edilmesi gereken bir yöntemdir (13). Yapılan çalışmalarda tüm dünyada sezaryenle doğum oranında hızlı bir artış olduğu vurgulanmakta ve bu artışta birincil sezaryeni izleyen yineleyen sezaryenler majör endikasyon olarak belirtilmektedir (13, 14).

Bu durum, 1916'da Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımının aksi yöndeki tüm çalışmalara rağmen değiştirilememesi sonucu ortaya çıkmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir. Flamm ve arkadaşlarının 1990 yılında yapmış oldukları çalışmada SSVD uygulanan olgularda, maternal mortalitenin daha az olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca enfeksiyon, hemoraji, visseral organlarda hasar, transfüzyon ihtiyacı gibi cerrahinin yol açacağı maternal komplikasyonlar ile daha az karşılaşılacağını ve hastanede kalış süresinin kısıllacağını bildirmişlerdir (4).

SSVD, risk değerlendirmesinin iyi yapıldığı, seçilmiş uygun olgularda uygulanabilir bir prosedür olarak görünmektedir. Bununla beraber, yeni doğan için hangi doğum şeklinin güvenli olduğunun, yine SSVD kabul edilebilir bir risk olup olmadığının cevaplandırılması halen tartışılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar

sonucunda, sezaryen ile doğum oranlarında dramatik artışlar, her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir. Geniş çok merkezli çalışmalar, sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun, uygun hasta seçimiyle %60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermiştir. Bu uygulama, aynı zamanda hospitalizasyon süresini kısaltıp, postpartum enfeksiyon oranlarının azalmasını sağlamaktadır (17). Ancak vajinal doğumun başarılabilmesi ve uterin rüptür SSVD'da iki önemli problemdir. Eskiden kullanılan klasik sezaryenin artık nadir kullanılması ve alt segment insizyonlarının sezaryen sonrası doğum eylemlerinde uterin rüptüre yol açmaması sezaryen sonrası vajinal doğum denemelerinde cesaret vermektedir (41).

SSVD'un gerçekleştirilebilmesi için öncelikle bir önceki sezaryenin alt segment transvers insizyonla yapılmış olması, uterusta sezaryen dışında başka skar ya da anormallik olmaması, pelvik darlık bulunmaması ve fetusun 4000 gramın altında olması gerekmektedir. Bununla birlikte hastanın tüm eylem süresince 24 saat fetal monitörizasyonunun sağlanması acil bir durum için gereken anestezi ekibi ve ameliyathane koşulları ve kan nakline olanak sağlayan koşulların bulunması gerekir. Daha önce klasik insizyon ile sezaryen olanlar, geçirilmiş histerektomi ve myomektomi operasyonları olanlar ve normal doğum eyleminin kontrendike olduğu durumlarda kadınlar SSVD yapamazlar (18).

Günümüzde hem anne hem de bebek açısından sezaryenin daha iyi olduğunu gösteren bilimsel veriler olduğu gibi, normal doğumun hem anne hem de bebek sağlığı açısından daha iyi olduğunu gösteren çok daha fazla sayıda bilimsel veri bulunmaktadır. Ancak her gebelik farklıdır ve bu yüzden de doğum şekline karar verirken anne adayının ve bebeğin durumu beraberce ele alınmalıdır (42).

Sezaryenle doğum yapmış olmak, takipeden doğumların mutlaka sezaryenle gerçekleşmesi gerektiği anlamına gelmez. Sezaryen sonrası vajinal doğum önceki sezaryeni fetal distres veya makat gelişi gibi o gebeliğe özgü bir nedenden uygulanmış anne adaylarının vajinal yoldan doğum deneyimini yaşamaları için iyi bir seçenek olarak görülmektedir. Ancak anne adayının gebeliği SSVD için uygun koşulları taşısa bile, uygulanacak merkezin koşulları uygun değilse, ekip tecrübeli

değilse, anne adayını istekli değilse ideal olanı doğumun tekrar sezaryenle gerçekleşmesidir (16, 18).

Sezaryen ile doğum hem kadın hem de bebeğin sağlığını tehdit eden bir durum varlığında tercih edilmesi gereken bir yöntem olması gerekirken yapılan çalışmalarda tüm dünyada sezaryenle doğum oranında hızlı bir artış olduğu vurgulanmakta ve bu artışta birincil sezaryeni izleyen yineleyen sezaryenler majör endikasyon olarak belirtilmektedir.

2.1.3.1. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Yararları

Sezaryen sonrası vajinal doğumun yararları 3 başlık altında toplanabilir.

a. Medikal yararları

1. Anne ölümleri riskini azaltır.
2. Vajinal doğumda sezaryen doğuma göre daha az doğum sonrası kan transfüzyonu gerekir, daha az enfeksiyon görülür.
3. Vajinal doğumla üriner sistem ve barsak yaralanmaları önlenir.
4. Annenin doğum sonrası daha az ağrı yaşaması sağlanır.
5. Anne hemen bebeğini emzirmeye başlar.

b. Psikolojik yararları

1. Pospartum depresyon riski daha azdır.
2. Doğal bir doğumu başarmanın verdiği psikolojik tatmin oluşur.
3. Anne bebek iletişimi hemen sağlanır.
4. Doğum sonrası güçsüzlük hissi yaşanmaz.
5. Annelik rolüne daha kolay alışılır.
6. Doğum deneyimine babaların katılımı sağlanabilir.

c. Maddi açıdan yararları

1. İyileşme zamanı kısalmış bununla birlikte hastanede yatış süresi kısalmış. Böylece maliyet bakımından aile ve devlet kazanım sağlar (18).

2.1.4. Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Kültürlerin çoğunda yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum bedeninin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Doğum, aynı zamanda anne ve baba adayları için çok özel ve yaşamlarındaki en güzel deneyimlerden biridir. Kadının yaşam sürecinde en önemli olaylardan biri doğum deneyimini yaşamasıdır. Pek çok kadın için bu deneyim yaşamın en eşsiz ve en özel anı olarak hafızalarına kaydedilmektedir. Çünkü kadın doğumla birlikte annelik duygusunu yaşamaktadır, yeni rol ve sorumluluklar üstlenmektedir ve dünyaya getirdiği bebek için annelik içgüdüleri ile istekli olarak yaşam biçiminde değişiklikler yapmaktadır (43, 44).

Ancak, bu eşsiz ve özel süreç çoğu zaman kadınların gebelik süresince doğumun nasıl gerçekleşeceğine ilişkin yaşadıkları endişe, korku, kaygı ve anksiyete nedeniyle bir kriz dönemi haline gelebilmektedir. Aslında, doğum korkusu ve doğumla ilgili ambivalan duygular gebelik sürecinin normal bir parçasıdır. Bu süreçte gebe bir kadın, gebeliğin son aylarında doğum şekli konusunda karar vermeye odaklanır. Gebe bir kadının bu dönemdeki primer sorunu nasıl doğum yapacağıdır ve bu süreçte anksiyete yaşamaktadır. Özellikle ilk gebeliğinde kadın, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşarken doğum anında karşılaşılabileceği olayları tahmin edememektedir. Sezaryenin mi yoksa normal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedir (45, 46, 47, 48).

Gebelik biyopsikososyal değişimlerin yaşandığı ve yaşanan bu değişimlere uyum sağlayarak, kadının doğum eylemine ve ebeveynliğe hazırlandığı bir dönemdir. Normal süreçte ilerleyen gebeliklerde vajinal doğum, doğum sonu dönemde iyileşmenin daha hızlı olması, bebekle iletişimin ve etkileşimin daha çabuk kurulması ve kültürel nedenlere bağlı olarak tercih edilmektedir. Sağlık bakım hizmetlerindeki gelişmelere paralel olarak, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler günümüzde nispeten daha az komplikasyonla sonuçlanmasına karşın, bazen normal doğumlarda olumsuz deneyimlerin yaşanması, normal doğuma karşı yanlış inanışların varlığı, kendiliğinden ya da müdahale sonucunda perineal travmaların (toksemi, kanama, distosi, fetal hipoksi gibi) gelişmesi kadınların sezaryen ile doğum tercihlerini arttırmaktadır (49, 50).

Doğum çok özel bir olgu olup anne ve baba adayları için, yaşamlarında ki en güzel deneyimlerden biridir. Ancak zaman zaman doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler uzun yıllar anlatılan doğum hikâyeleri arasında yerini alabilmektedir. Bu tür deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, bir yandan da görsel medyada gösterilen ağrılı doğum sahneleri, kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmaya neden olmaktadır. Dolayısıyla doğumun ağrılı, kanlı korkutucu bir olay oluşuyla ilgili imaj; gebelik süresince kadınların vajinal doğumla ilgili bu korkutucu deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların tercihlerini sezaryen doğum üzerinde odaklandırmaktadır (8, 46). Kasai ve arkadaşları çalışmalarında doğum korkusu nedeniyle elektif sezaryen oranlarının arttığını belirtmiştir (51).

Doktorlar sezaryen endikasyonu görmediği halde, kadınların önceki doğum deneyimlerinden memnun olmamaları, doğum korkularını engelleyememeleri, bebeklerinin sağlığı için endişelenmeleri gibi faktörlerden dolayı vajinal doğumu istemedikleri saptanmıştır. Tokofobi olarak adlandırılan ve doğum korkusu nedeniyle ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk gebe kadınların isteğe bağlı (elektif) sezaryen ile doğumu tercih etmelerine neden olmaktadır (52). Dölen'in (2004) belirttiğine göre de, sezaryen hızının artmasında rolü olan diğer önemli bir neden anne istemidir. Doğal olarak annenin bu isteminde de korku önemlidir (53). Doğum korkusu genellikle doğum anında acı çekmekten, ölmekten, aklını kaybetmekten, doğumu yaptıracak ekibe güven duymamaktan kaynaklanmaktadır. Doğumda bebeğin zarar görmesi, ölmesi, perine hasarı, epizyotomi, doğumda komplikasyon gelişmesi, kendini doğum yapabilecek yeterlilikte görmeme doğum korkusu içinde yer almaktadır (54).

Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenler ise, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve buna bağlı olarak doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, psikolojik desteğin gözardı edilmesi ve epidural anestezinin yaygın olarak kullanılmamasıdır. Bunlara ek olarak, sezaryen ile yenidoğanın doğum travmasından ve vajinal doğuma bağlı olarak riski artan pelvik relaksasyon ve üriner inkontinansın korunacağı inancı da önemli nedenler arasında yer almaktadır (19).

Gebeler karar verme sürecinde eşleri, aileleri ve arkadaş çevreleri gibi faktörlerden de etkilenebilmektedir. Kadınlar ve eşlerinden kaynaklanan nedenler arasında doğum korkusu normal doğumun zor olduğu yanılgısı, doğum konusunda yeterince, bilgilendirilmeme, doğumhane koşullarının uygun olmaması ve sağlık personelinin annelere yönelik psikolojik desteği göz ardı etmesi sayılabilir. Gözükara ve Eroğlu (2008), kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiğini, karar verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden etkilendiğini belirtmektedir. Bunların yanında medya ve sağlık personeli ile kadınların eşleri, aileleri ve arkadaş çevreleri de doğum tercihlerinde etkili olan önemli faktörlerdir (13, 27).

Çocuk dünyaya getirmek, kadını gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde farklı birçok riskle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu aşamaların problemsiz bir şekilde geçirilmesi için alınması gereken en önemli kararlardan biri de doğru doğum şeklinin belirlenmesidir. Uygun doğum şekline karar vermek için, gebelik süresince anne ve bebek yakından takip edilmeli anne adayları doğum şekilleri hakkında bilgilendirilmeli ve bu karara katılımı sağlanmalıdır (34). Doğum şekli tercihlerinde kültürel özellikler farklılıklar gösterebilmektedir. Annelere doğum şekli hakkında bilgi verebilmek için öncelikle doğum şekli tercihleri ile bu konudaki görüşlerinin irdelenmesi gerekmektedir. Bu bilgiler dikkate alınarak gebeliğin erken dönemlerinden itibaren onların kabul edebileceği, etkili eğitim programları hazırlanabilir ve gereksiz sezaryenler azaltılarak gebelerin tercihlerini normal ve doğal doğumlar yönünde kullanmalarını mümkün olabilir (49, 55, 56).

2.1.5. Doğum Şekli Tercihinde Hemşirenin Rolü

Perinatal bakımın genel amacı; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (57). Dolayısıyla perinatal dönemin sonunda sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olabilmek için etkili hemşirelik bakım hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu hizmetler ise geniş ölçüde eğitim, destek ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir. Hemşirelerin bu alanlarda bilgili ve donanımlı olmaları dar anlamda

kadın sağlığının, geniş anlamda ise aile ve toplum sağlığının yükseltilmesi açısından önemlidir. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için annenin bu dönemlere hazırlığı ve uyumu önemlidir. Bu gereksinimlerin tanılanması bireyin yakından gözlemi ve izlemi ile mümkündür. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliğinin yanı sıra perinatal dönem boyunca kadının yanında sürekli olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Bu nedenle gebe kadın ve ailesinin, doğum şekline karar vermelerinde sağlık çalışanları içinde hemşirelerin rolü ayrıca önem taşımaktadır (13, 26, 58).

Hemşireler perinatal dönemde gebe kadını ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak doğum şekline karar vermelerine yardımcı olabilmektedir. Doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirilmiş olan gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştırmaktadır. Eğitim, danışmanlık ve savunuculuk hizmetleri hemşirelerin en önemli rolleri arasında bulunmaktadır. Mesleğin etik ilkeleri göz önüne alındığında hemşireler gebe kadınları ve ailelerini yeterli ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı, karar vermesi gerektiğinde kişiyi desteklemeli, kararına saygı duymalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir (1).

Hemşireler gebe kadınları gebeliği süresince yakından değerlendirirken bilgi gereksinimlerini de göz önünde bulundurmalıdır. Eğitim hizmetini çiftlerin/gebelerin doğum şekilleri konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerine ve bilgilerindeki eksikliklere ve yanlışlıklara göre planlamalıdır. Tüm seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerini çiftlerle/ kadınla tartışmalı, çiftlerin/kadının kendisi için uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmalıdır. şayet herhangi bir riskli durum varsa ve çiftlerin/gebe kadının tercihi dışında bir yöntem uygulanacaksa bu konuda bilgi verilmeli, nedenleri uygun bir dilde ifade edilmelidir. Gebe kadının doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini paylaşabilmeli, duygularını ifade edebileği ortamları oluşturmalıdır. Doğum eylemi sırasında da kadının yanında bulunmalı, ihtiyaı olan bakımları vermeli, eylemle baş etmede olumlu geri bildirimler vererek kadını cesaretlendirmeli, eyleme kadının aktif katılımını sağlamalıdır. Böylece kadının kendine olan güveninde artış sağlanabilecektir (13).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Kadınların özel sağlık gereksinimleri çoğunlukla doğurganlıklarıyla ilgilidir. Kadın hayatında önemli bir yere sahip olan doğurganlık döneminin sağlıklı geçirilmesi yaşamın daha sonraki dönemlerini de etkilemektedir. Gebelik ve doğum kadının fiziksel ruhsal durumunda ve yaşam tarzında bazı değişikliklere neden olmasına rağmen normal ve fizyolojik bir süreçtir (1). Bu sürecin sağlığı olumsuz yönde etkilemeden devam etmesinde ve sonlanmasında birçok etken rol oynamaktadır. Bu etkenlerden biri de tercih edilen doğum şeklidir. Anne ve bebek için doğum şeklinin önemi oldukça büyüktür (2). Doğum eylemi doğal bir süreçtir ve yapılan tıbbi müdahaleler doğumun bu doğallığını bozabilmekte ve sorunlara neden olabilmektedir (15).

Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım, doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir. Doğal doğum mümkün olduğu kadar sağlık kontrollerini yapma dışında müdahale edilmeden yapılan doğumlardır. Bu sayede aktive olan tüm doğal hormonlar, anne ve bebeğini doğuma en sağlıklı biçimde hazırlamaktadır. Gereksiz yere yapılan her türlü müdahalenin doğumun işleyişi ve hormonların salınımı üzerine negatif etkileri vardır (8).

Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum yöntemidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Doğum sonrasında anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte ve çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir. Ancak baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek gibi bazı durumlarda normal doğum gerçekleşmemekte ya da anne veya bebek açısından riskli olabilmektedir. Böyle durumlarda sezaryen doğum gündeme gelmektedir (16, 48, 59).

Sezaryen doğum, zorunlu hallerde anne bebek için hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte, annelerde postpartum ateş, uzun süre hastanede kalış, doğum sonrası dönemde morbidite, yara enfeksiyonu, emzirme problemleri gibi postpartum dönemde birçok komplikasyon gelişmesine neden olabilmektedir. Buna karşın vajinal doğum sonrası bu tür komplikasyon gelişme olasılığı oldukça düşük olduğu belirtilmektedir (60).

Yapılan çalışmalar da sezaryen ile doğum yapan kadınlarda vajinal doğum yapanlara göre postpartum kardiyak arrest riski, yara hematomu, enfeksiyon, anestezi komplikasyonları, hastanede kalış süresi, venöz tromboembolizm, yapışıklıklar, mesane ve bağırsak yaralanmaları, plasenta previa ve histerektomiye gerektiren kanama riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (61).

Yenidoğan açısından yapılan çalışmalar incelendiğinde; sezaryen doğumlarda vajinal doğumlara oranla; yenidoğan yoğun bakım ünitesine geçiş oranı ve pulmoner hastalık riskinin iki kat daha fazla olduğu, apgar skorunun anlamlı derecede daha düşük olduğu, artmış respiratuar distres sendromu ile ilişkili olduğu, maternal bağlanma üzerine olumsuz bir etkisi olduğu ve sezaryenle doğan bebeklerde intrakraniyal kanama oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (60).

Anne ve bebek için yaşam kurtarıcı değeri olan sezaryen, obstetri ve jinekolojinin en önemli ameliyatlarından biridir. Buna karşılık, uygulamadaki özel endikasyonlarda önemli değişiklikler olmuştur. Önceleri amaç, engellenmiş eylemdeki annenin kurtarılmasıyken, giderek, fetusun fazla belirgin olmayan bazı tehlikelerden kurtarılması da sezaryen kapsamına alınmıştır. Bu değişimden sorumlu olan en önemli faktörler, girişim ve anestezi tekniklerinin yanı sıra antibiyotiklerin ve kan ürünlerinin geliştirilmesidir (5).

Endikasyonların genişlemesi sezaryenin giderek yaygınlaşmasına neden olmuştur. Sezaryen oranındaki artışın diğer sebepleri arasında ilk gebeliklerin ileri yaşlarda olması, sosyoekonomik düzeyin yükselmesi, fetal monitörizasyon, anne adayının doğum korkusu ve ultrasonografinin daha yaygın kullanımı, gelişen teknoloji ile çocuk sahibi olamayan ailelerin uzun süren tedaviler sonrası gebe kalması, kariyer ve gelecek kaygısı; anne adaylarının ve hekimlerin sezaryeni tercih

etmesine sebep olmuştur. Bu durum tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında istenmeyen bir artışa neden olmuştur (4, 6, 7).

Sezaryen ile doğum hem kadın hem de bebeğin sağlığını tehdit eden bir durum varlığında tercih edilmesi gereken bir yöntemdir (13).Yapılan çalışmalarda tüm dünyada sezaryenle doğum oranında hızlı bir artış olduğu vurgulanmakta ve bu artışta birincil sezaryeni izleyen yineleyen sezaryenler majör endikasyon olarak belirtilmektedir (13, 14)

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranları artmaktadır. Son verilere göre ülkemizde sezaryen oranı %53'tür ve bu doğumların %24,8'i tekrarlayan sezaryenlerdir. Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olan sezaryen doğum ve buna bağlı komplikasyonların azaltılmasında önemli bir seçenek olan sezaryen sonrası vajinal doğum ele alınması gereken temel bir uygulamadır (18).

“Bir kez sezaryen daima sezaryen” fikri 1960 lardan sonra yoğun şekilde tartışılmış ve gebeliklerde tekrarlayan elektif sezaryen doğum ihtiyacının her gebe için geçerli olmadığını bu gebelerin vajinal yolla doğum yapabileceği konusu gündeme daha fazla getirilmiştir. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği 2010 yılında yayınladığı bültende “bir kez alt segment transvers kesi ile sezaryen doğum yapan gebelerin çoğu sezaryen sonrası vajinal doğum için adaydır ve bu gebelere vajinal doğum eylemi önerilmelidir” açıklamasını yapmıştır. Özellikle uygun gebe grubunun bilinmesi ve sezaryen sonrası vajinal doğum için yönlendirilmesinin vajinal doğuma göre çok daha fazla maternal komplikasyonlarla ilişkili olan sezaryen hızını azaltmada önemi ortaya çıkmaktadır (7).

Türkiye'de 1980 yılında denenmeye başlanan sezaryen sonrası vajinal doğum sıklığı 1980' li yıllarda %3'lerden %6'lara çıkmıştır. 1989 yılından 1999'lara doğru sezaryen sonrası vajinal doğum sıklığı %18'lardan %28'lere çıkmıştır. Daha sonra 2002 yılına doğru sezaryen sonrası vajinal doğum insidansı %12,7'lere düşmüştür. Bunun nedeni olarak da artan uterin rüptür vakaları gösterilmiştir. Sonraki yıllarda uygun hasta seçimi ile insidans artmıştır (62).

Sezaryen sonrası vajinal doğum, risk değerlendirmesinin iyi yapıldığı, seçilmiş uygun olgularda uygulanabilir bir prosedür olarak görünmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda, sezaryen ile doğum oranlarında dramatik

artışlar, her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir. Geniş çok merkezli çalışmalar, sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun, uygun gebe seçimiyle %60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermiştir. Bu uygulama, aynı zamanda hospitalizasyon süresini kısaltıp, postpartum enfeksiyon oranlarının azalmasını, böylece maddi olarak da ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır (17).

Sezaryenle doğum yapmış olmak, takipeden doğumların mutlaka sezaryenle gerçekleşmesi gerektiği anlamına gelmez. Sezaryen sonrası vajinal doğum önceki sezaryeni fetal distres veya makat gelişi gibi o gebeliğe özgü bir nedenden uygulanmış anne adaylarının vajinal yoldan doğum deneyimini yaşamaları için iyi bir seçenek olarak görülmektedir (16, 18).

Literatürde SSVD uygulanan olgular, gelişen ya da gelişebilecek komplikasyonlar, sezaryen sonrası vajinal doğumun riskleri ve güvenilirliğinin irdelendiği çalışmalar mevcuttur. Ancak sezaryen sonrası vajinal doğum kavramı ile ilgili kadınların bilgi, tutum ve düşüncelerinin irdelendiği çalışmaya rastlanamamış olup, kadınların konu hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi sağlık profesyonelleri ve sağlık politikaları için belirleyici olabilir. Ayrıca konu ile ilgili belirlemelerin sezaryen oranlarının düşürülmesinde de izlenecek yollar açısından yardımcı olabileceği düşünülebilir.

SSVD anne ve yeni doğan için yeterli donanım ve bakım koşullarının olduğu sağlık kuruluşlarında ailenin de onayı alınarak uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yöntemdir (18). Bu kapsamda araştırmanın temel amacı, sezaryen yöntemi ile doğum yapan kadınların sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesidir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gebelik takibi yapılan ilk doğumunu sezaryen yöntemi ile yapan kadınların ikinci doğuma yönelik vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesi amacıyla planlanan kesitsel tipte bir araştırmadır.

Kesitsel araştırmalar genellikle, ilgilenilen hastalığın toplumdaki sıklığının araştırıldığı, bütün topluma genellenebilir sonuçlar elde edilen, toplumun tamamının veya temsil eden bir örneğinin incelendiği çalışmalardır (63). Survey adı altında da bilinen kesitsel araştırmalar sosyal bilimlerin birçok alanında kullanılmaktadır. Kesitsel araştırmalar, tanımlayıcı özelliklerinin yanı sıra bazı değişkenler arası ilişkilerin de incelenmesinde sıklıkla kullanılan yöntemlerin başında gelmektedir. Tüm diğer araştırmalarda olduğu gibi araştırma grubunun doğru olarak belirlenmesi, kesitsel araştırmaların sonuçlarını etkilemede en önemli paya sahiptir (64). Kesitsel araştırmalarda hastalar veya olaylar zamanın bir noktasında, prevelansını, hastalık tanısını ve mekanizmasını saptayan, neden sonuç ilişkisini aynı düzlemde inceleyen çalışmalardır. Kesitsel alışmalar göreceli olarak hızlı sonuçlandırılan çalışmalar olduğundan dolayı oldukça avantajlıdır (65).

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 15 Mart 2016- 31 Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın bu kurumda yapılmasına; araştırmacının aynı kurumda çalışıyor olması, kurum yöneticilerinin söz konusu bu araştırma için onay vermesi ve araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için kolaylıklar sağlaması nedeniyle karar verilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve rneklemi

Araştırmanın evrenini Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 2015 yılında başvuran, en az bir kez doğum yapmış ve son doğumunu sezaryen yöntemi ile yapan 721 gebe kadın oluşturmaktadır.

Araştırma için örneklemin alınacağı evrenin, ilgili özelliğin standart sapmasını kestirecek kadar tanınması durumunda ve kabul edilebilir hata payının kararlaştırabiliyor olası ve de sonucun öngörülen hata aralığı içine düşme olasılığını

veren güven düzeyinin seçilebilmesi durumunda söz konusu araştırma için örneklem büyüklüğü sayısal olarak hesaplanabilir.

Diğer bir ifadeyle örneklem evreninin bilinmesi durumunda örneklem büyüklüğü aşağıda verilen denklem yardımıyla hesaplanmıştır.

Bu denklemde;

N : Evren birim sayısı, n : Örneklem büyüklüğü

P : Evrendeki χ 'in gözlenme oranı, $Q(1-P)$: χ 'in gözlenmeme oranı

t_{α} : $\alpha = 0,05$ ve 1.96 tablo değeri,

d : Örneklem hatası,

s : Evren standart sapmasıdır.

Araştırmada kullanılacak örneklem büyüklüğü %95 güven ve %5 hata payı (P : %50, Q = %50) ile ilgili denklem kullanılarak 246 olarak hesaplanmıştır. Araştırma örneğine alınacak gebe kadınlara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 260 gebe kadın bilgilendirilmiş ve onam formu ile izinleri alınmıştır.

Araştırma örneğine dâhil olma kriterleri; gebelerin ikinci veya daha sonraki gebelikleri olması, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olması, bu gebelikten önceki doğumunu sezaryen yöntemi ile yapmış olması olarak belirlenmiştir. Araştırma örneğine dâhil olmama kriterleri; ilk gebeliği olması, ilk doğumu vajinal doğum yapmış olması, pilot çalışma yapılırken görüşülen gebe grubunda olması olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında evreni bilinen örneklem büyüklüğü formülü kullanılmıştır.

$$n = \frac{Nz_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2(N-1) + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

N : Evrenin büyüklüğü

n : Örneklem büyüklüğü

p: Evrendeki olayın gözlenme oranı

1-p: Evrendeki olayın gözlenmeme oranı

Z_{α} : $\alpha= 0.05$ ($Z_{0,05}$ tablo değeri 1,96'dır.)

d= Örneklem hatası

Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi'nden elde edilen verilere göre, yıllık ortalama 721 gebe sezaryen doğum yapmaktadır. Buna göre; 0,80 güç için %95 ($\alpha=0,05$) güven aralığı sınırlarında **%4 (d=0,04) hata** ile $p=0.50$ ve $1-p=0.50$ için (sezaryen doğum yapanların en az %50'sinin normal doğumu tercih etme olasılığı) ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 251 kişi olarak hesaplanmıştır.

Buna göre; 0,80 güç için %95 ($\alpha=0,05$) güven aralığı sınırlarında **%4 (d=0,04) hata** ile $p=0.09$ ve $1-p=0.91$ için (sezaryen doğum yapanların en az %9'unun normal doğumu tercih etme olasılığı) ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 155 kişi olarak hesaplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış Veri Toplama Formu kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan Veri Toplama Formu, toplamda 43 sorudan oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan Veri Toplama Formuna son halini vermeden önce pilot çalışma yapılmış olup, pilot çalışma sonrası gerekli düzeltmeler yapılarak uygulanmaya hazır hale getirilmiştir.

Veri Toplama Formu, iki bölümden oluşmaktadır. Veri Toplama Formu'nun birinci bölümü "**tanıtıcı bilgi formu**" başlığı adı altında kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, ailenin ekonomik durumu ve sosyal güvence durumu ve özel gebelik durumları olup olmadığına dair bilgilerin yer aldığı 9 sorudan oluşmaktadır.

Veri Toplama Formu'nun ikinci bölümü "**Şu andaki gebelik öyküsü**" başlığı altında gebelerin ilk gebelikleri ve doğum öyküleri, şu andaki gebeliği, doğum

yöntemleri hakkında bilgileri olup olmadığı ve sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında bilgilerini belirlemek için hazırlanmış 34 sorudan oluşmaktadır. (EK 1)

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 19.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin dökümünde sayı, yüzde ve ortalamalardan yararlanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları sadece Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran en az bir kez doğum yapmış ve son doğumunu sezaryen yöntemi ile yapan gebe kadınları temsil etmektedir.

3.8. Araştırmanın Etik Açıklamaları

Araştırmaya başlamadan önce Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının onayı ve Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi'nden çalışma onayı alınmıştır. (EK 2) Çalışmaya katılan kadınlardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınarak, araştırma esnasında mahremiyet, yarar ve bilgi edinme ilkelerine bağlı kalınmıştır. (EK 3)

3. BULGULAR

4.1. Sosyo- Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 1’de katılımcıların yaşlarına göre dağılımları verilmiştir. Buna göre 30-34 yaş aralığında yer alan katılımcılar %38,8’lik oranla ilk sırada yer alırken onu, 25-29 (%27,7), 35-39 (22,3), 19-24 (%5,8) ve 40 yaş ve üstü (%5,4) yaş aralığında yer alan katılımcılar takip etmektedir.

Tablo 1’de katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %43,8’i lise mezunu iken, %26,5’i üniversite, %20’si ortaöğretim, % 9,61’i ilköğretim mezunudur.

Katılımcıların %45,4’lük bölümü ev hanımı, %31,5’i işçi, %20,4’ü memur olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların eşi lise mezunu olanlar katılımcılar %54,2’lik oranla ilk sırada yer alırken onu %25,4’lük oranla üniversite mezunu olanlar takip etmektedir. Katılımcıların eşleri %11,15’i ortaöğretim mezunu iken %9,23’ü ilköğretim mezunudur (Tablo 1).

Tablo 1’deki verilere göre gebeler %51,2’si eşinin işçi olarak çalıştığını, %23,8’i memur olarak görev yaptığını, %19,6’sı esnaf olduğunu, %4,6’sı ise eşlerinin diğer işlerde çalıştığını belirtmişlerdir. İki katılımcı ise eşinin şuan işsiz olduğunu belirtmiştir.

Tablo 1’de katılımcıların aylık gelir durumlarına dağılımı görülmektedir. Tablo 1’e göre %55,4’lük oranla katılımcıların yarısından fazlası 3.000 TL ve üzerinde bir gelire sahip iken, %34,6’sı 2.001 TL-3.000 TL aralığında bir gelire sahip iken. %10’unun ise 2.000 TL’nin altında bir gelire sahip olduğunu tespit edilmiştir

Tablo 1’de görüldüğü üzere katılımcıların çok büyük bölümü (%98,1) genel sağlık sigortasına sahipken, yalnızca 4 katılımcının sağlık güvencesi bulunmamakta, bir katılımcının ise özel sağlık sigortası bulunmaktadır.

Tablo 1. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Değişken Düzeyleri	n	% Frekans
Yaş	19-24	15	5,8
	25-29	72	27,7
	30-34	101	38,8
	35-39	58	22,3
	40 yaş ve üstü	14	5,4
Eğitim Durumu	İlköğretim	25	9,6
	Orta Öğretim	52	20,0
	Lise	114	43,8
	Üniversite	69	26,5
Meslek	Ev Hanımı	118	45,4
	Memur	53	20,4
	İşçi	82	31,5
	Diğer	7	2,7
Eşlerin Eğitim Durumu	İlköğretim	24	9,2
	Ortaöğretim	29	11,1
	Lise	141	54,2
	Üniversite	66	25,3
Eş Meslek	Memur	62	23,8
	İşçi	133	51,1
	Esnaf	51	19,6
	İşsiz	2	0,7
	Diğer	12	4,6
Gelir	2.000 TL'den az	26	10,0
	2.001 TL-3.000 TL	90	34,6
	3.000 TL ve üzeri	144	55,3
Sosyal Güvence	Sağlık Güvencesi	4	1,5
	Yok		
	Genel Sağlık Sigortası	255	98,0
	Özel Sağlık Sigortası	1	0,3
	Toplam		260

4.2. Gebelik ve Doğuma İlişkin Bulgular

Tablo 2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Durum	n	%
Evet	90	34,6
Hayır	170	65,4
Toplam	260	100,0

Tablo 2’deki verilere göre katılımcıların %35’i daha önce düşük, kürtaj veya ölü doğumla sonuçlanan gebelik yaşarken, %65’i bu sorunlarla karşılaşmamıştır.

Tablo 3. Gebelerin Düşük, Küretaj veya Ölü Doğum Oranlarına Göre Dağılımı

Durum	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Düşük	52	57,7	90*
Küretaj	38	42,2	
Ölüm	9	10	

*Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3’te katılımcıların düşük, küretaj veya ölümlle sonuçlanan gebelik vakalarına göre dağılımları verilmiştir. Elde edilen bu verilere göre katılımcıların gebelikleri esnasında yaşadıkları en önemli vaka %57,7’lik oranla düşük olarak belirlenmiştir. Onu %42,2’lik oranla küretaj ve %10’luk oranla ölüm vakalar takip etmiştir.

Tablo 4. Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Dağılımı

Gebelik Haftası	n	%
4-12. haftalar	13	5,0
12-24. haftalar)	71	27,3
24-40. haftalar	176	67,7
Toplam	260	100,0

Tablo 4'te katılımcıların gebelik haftalarına göre dağılımına yer verilmiştir. Elde edilen verilere göre katılımcıların %5'inin gebeliğinin birinci trimestirde olduğu, %27,30'unun ikinci trimestirde ve %67,70'inin üçüncü trimestirde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Gebelerin Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Dağılımları

Durum	n	%
Evet	232	89,2
Hayır	28	10,8
Toplam	260	100,0

Tablo 5'te bakıldığı zaman katılımcıların %89,2'sinin gebeliğini planladığı, %10,8'inin ise plansız gebe kaldığı görülmektedir.

Tablo 6. Gebeliğin Gerçekleşme Şekline Göre Dağılımları

Durum	n	%
Kendiliğinden	215	82,7
Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalma	45	17,3
Toplam	260	100,0

Tablo 6'ya bakıldığı zaman katılımcıların %82,7'sinin kendiliğinden gebe kaldığı, %17,31'inin yardımcı üreme teknikleri ile gebe kaldığı görülmektedir.

Tablo 7. Gebelerin Önceki Gebelikleri İle Bu Gebelikleri Arasındaki Süreye Göre Dağılımları

Süre (yıl)	n	%
1-5 yıl	185	71,2
6-10 yıl	65	25,0
11 yıl ve üzeri	10	3,8
Toplam	260	100,0

Tablo 7’de katılımcıların ilk gebelikleriyle mevcut gebelikte planlanan doğum tarihi arasında geçen sürelerle göre dağılımı verilmiştir. Buna göre katılımcıların %71,2’si bu sürenin 1-5 yıl arasında olduğunu, %25’i 6-10 yıl arasında olduğunu %3,8’i ise 10 yıl ve üzerinde olduğunu belirtmiştir.

Tablo 8. Gebelerin Gebelikleri Süresince Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sayılarına Göre Dağılımı

Süre	n	%
Ayda Bir	208	80,0
İki Ayda Bir	38	14,6
Bu Zamana Kadar Bir Kez	12	4,6
İlk Defa Başvuruyorum	2	0,8
Toplam	260	100,0

Tablo 8’e bakıldığında katılımcıların %80’lik kısmının ayda bir kez sağlık kuruluşuna başvurduğu, %14,6’sının iki ayda bir, %4,6 anketin uygulandığı tarihe kadar bir kez sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmüştür. İki katılımcının ise ilk defa sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. Gebelerin Gebelikleri Süresince Sağlık Kontrollerini Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımı

Merkez	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Aile Sağlığı Merkezi	41	15,7	260*
Devlet Hastanesi	253	97,3	
Özel Hastane- Poliklinik	65	25,0	
Özel Muayenehane	75	28,8	

*Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 9’da katılımcıların gebelikleri süresince sağlık kontrollerini yaptırdıkları sağlık kuruluşuna göre dağılımları verilmiştir. Katılımcılar birden fazla işaretleme yapmışlardır. Ankette yer alan bu soruya 260 katılımcı cevap vermiş ve 434 işaretleme yapılmıştır. Buradan 174 tane fazla işaretleme yapıldığı görülmüştür. Yani katılımcıların %67,4 ‘ü sağlık kontrolleri için tek bir sağlık kuruluşuna bağlı kalmayıp, başka sağlık kuruluşlarına da gitmektedir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %97,3’kontrollerini devlet hastanesinde yaptırırken, %25’i özel hastane veya poliklinikleri, %28,8’i özel muayenehaneleri tercih etmektedir.

Tablo 10. Gebelerin Sağlık Kontrollerini Yapan Sağlık Personeline Göre Dağılımları

Personel	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Ebe-Hemşire	42	16,1	260*
Aile Hekimi	20	7,7	
Kadın Doğum Uzmanı	254	97,7	

* Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 10’da katılımcıların gebelikleri süresince sağlık kontrollerini yapan sağlık personellerine göre dağılımları verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%97,7) sağlık kontrollerinin kadın doğum uzmanı

tarafından yapıldığını belirtirken, %16,4'i ebe veya hemşire; %7,7'si ise aile hekimi tarafından yapıldığını belirtmiştir.

Tablo 11. Gebelerin Herhangi Bir Sağlık Problemi Yaşayıp Yaşamama Durumlarına Göre Dağılımları

Durum	N	%
Normal Bir Gebelik Geçirdim	96	36,9
Küçük Problemler Yaşadım (Önemsiz)	145	55,8
Ciddi Problemler Yaşadım	19	7,3
Toplam	260	100,0

Tablo 11'e bakıldığında katılımcıların %55,8'nin gebeliklerinin başından bu zamana kadar önemsiz küçük problemler yaşadığı, %36,9'unun normal bir gebelik geçirdiği, %7,3'ünün ise ciddi problemler yaşadığı görülmektedir.

Tablo 12. Gebelerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

Kronik Hastalık Durumu	n	%
Evet	48	18,5
Hayır	212	81,5
Toplam	260	100,0

Tablo 12'ye bakıldığında katılımcıların %81,5'inin herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, %18,5'inin ise kronik bir rahatsızlığının olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Gebelerde Mevcut Olan Kronik Hastalıkların Dağılımı

Kronik Hastalık	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Diyabet	9	18,7	48*
Kalp Hastalığı	3	6,2	
Böbrek Hastalığı	2	4,1	
Yüksek Tansiyon	19	39,5	
Diğer	19	39,5	

* Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 13’de katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıklara göre dağılımları verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %39,5’inin yüksek tansiyon hastası olduğu, %18,7’sinin diyabet, %6,2’sinin kalp, %4,1’inin ise böbrek hastası olduğu görülmüştür. Katılımcıların %39,5’i ise bu hastalıklar dışında bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 14. Gebelerin Önceki Doğumlarının Gerçekleşme Haftasına Göre Dağılımları

Hafta	n	%
38 hafta ve öncesi	109	42,0
39-42. haftalar	151	58,0
Toplam	260	100,0

Tablo 14’te katılımcıların ilk doğumlarını yaptıkları gebelik haftasına göre dağılımları verilmiştir. Elde edilen istatistiksel verilere bakıldığında katılımcıların %42’si doğumlarının 38 hafta ve daha öncesinde gerçekleştiğini, %58’i ise 39 hafta ve daha sonrasında gerçekleştiğini belirtmiştir.

Tablo 15. Gebelerin Önceki Gebelikte Doğum Şekilleri İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Bilgi alma Durumu	n	%
Evet	245	94,2
Hayır	15	5,8
Toplam	260	100,0

Tablo 15’te bakıldığında katılımcıların %94,2’sinin ilk gebelikte doğum şekilleri ile ilgili bilgi aldığı, % 5,8’inin ise herhangi bir bilgi almadığı görülmektedir.

Tablo 16. Doğum Şekli İle İlgili Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

Bilgi Kaynağı	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Arkadaşlardan ve Daha Önce Doğum Yapanlardan	113	46,1	245*
Doktorum Detaylı Bilgi Verdi	191	78,0	
Ebe ya da Hemşireden	68	27,7	
Gazete, Televizyon ve Dergilerden	4	1,6	
İnternette	31	12,6	

* Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 16’da katılımcıların doğum şekilleri konusunda bilgi aldıkları kaynaklara göre dağılımları verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %78’i doktorundan detaylı bilgi aldığını, %46,1’i arkadaşlarından ve daha önce doğum tecrübesi yaşayan kişilerden, %27,7’si ebe ya da hemşireden, %12,6’sı internette, %16’sı ise gazete-dergi-televizyon gibi kitle iletişim araçlarından bilgi edindiğini belirtmiştir.

Tablo 17. Gebelerin Önceki Doğumunda Doğum Şekline Karar Veren Kişiye Göre Dağılımları

Kişiler	n	%
Kendim	9	3,5
Eşim ve Ben	8	3,1
Doktor	134	51,5
Doktorla Birlikte Ben	109	41,9
Toplam	260	100,0

Tablo 17’de bakıldığında katılımcıların %51.5’inin doğum şekline doktorun karar verdiği, %41,9’unun doktorla birlikte kendisinin karar verdiği görülmektedir. %3,5’inin doğum şekline yalnızca kendisinin karar verdiği, %3,1’inin de eşi ile birlikte karar verdiği görülmektedir.

Tablo 18. Gebenin Tek Başına ya da Eşi ve Doktoru İle Verdiği Doğum Şekli Kararının Sebeplerine Göre Dağılımı

Sebepler	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	
Sezaryen Doğumun Daha Az Ağrılı Olduğunu Düşünmesi	66	52,3	126*
Bebeği ve Kendisi İçin Daha Güvenli Olduğunu Düşünmesi	110	87,3	
Doğum Yırtıklarının Olmasını İstememesi	4	3,1	
Çabuk Olduğunu Düşünmesi	27	21,4	
Doğumhane Korkusu Olması	22	17,4	

* Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 18’de doğum şekline kendisi ya da eşi veya doktoruyla karar veren gebelerin , bu kararı almalarında etkili olan sebeplere göre dağılımları verilmiştir. Bu

soruda gebelerin birden fazla işaretleme yapmış olanları serbest bırakılmıştır. Ankette yer alan bu soruya 126 katılımcı cevap vermiş ve 229 işaretleme yapılmıştır. Buradan 103 tane fazla işaretleme yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yani gebelerin %81,7'si birden fazla sebep belirtmiştir. Elde edilen sonuçlara göre gebelerin %87,3'ü "Bebeğim ve Benim İçin Daha Güvenli Olduğunu Düşünmem", %52,3'ü "Sezaryen Doğumun Daha Az Ağrılı Olduğunu Düşünmem", %21,4'ü "Çabuk Olduğu İçin", %17,4'ü "Doğumhane Korkum Olduğu İçin", %3,1'i ise "Doğum Yırtıklarının Olmasını İstemediğim İçin" şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 19. Doktorun Tek Başına ya da Gebeyle Verdiği Doğum Şekli Kararının Sebeplerine Göre Dağılımları

Sebep	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcı
	n	%	N
Suyun Erken Gelmesi	17	6,9	243*
Bebeğin Yerleşmesi İle İlgili Problem	104	42,7	
Bebekte Problem Yaşanması	42	17,2	
Yetersiz Sancı	18	7,4	
Kanamamanın Olması	14	5,7	
Kordon dolanması	23	9,4	
Kıymetli Bebek/Tedavi ile Bebek	15	6,1	
Diğer	61	25,1	

* Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 19'da doğum şekline doktorun tek başına ya da gebeyle birlikte karar verdiğini belirten katılımcıların, bu kararda etkili olan sebeplere göre dağılımları verilmiştir. Bu soruda katılımcıların birden fazla işaretleme yapmışları serbest bırakılmıştır. Ankette yer alan bu soruya 243 katılımcı cevap vermiş ve 294 işaretleme yapılmıştır. Buradan 51 tane fazla işaretleme yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yani katılımcıların %21'i birden fazla sebep belirtmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların, %42,7'si bebeğin yerleşmesi ile ilgili problem, %9,4'ü kordon dolanması, %7,4'ü yetersiz sancı, %6,9'u suyun erken gelmesi, %6,1'i

kıymetli bebek/tedavi ile bebek %5,7'si kanamanın olması ve geriye kalan %25,1'i ise diğer sebeplerden dolayı doktorun sezaryen kararı aldığını belirtmiştir.

Tablo 20. Gebelerin İlk Doğumda Vajinal Doğum Yapmayı Düşünme Durumlarının Dağılımları

Durum	n	%
Evet ama Sonra Vazgeçtim	196	75,4
Hayır	64	24,6
Toplam	260	100,0

Tablo 20'ye bakıldığında katılımcıların %75,4'ünün önce vajinal doğumu düşünüp sonra vazgeçtiği, %24,6'nın ise vajinal doğumu hiç düşünmediği görülmektedir.

Tablo 21. Gebelerin Vajinal Doğumdan Vazgeçme Nedeninin Dağılımı

Sebebe	n	%
Doğum Yaklaştıkça Doğum Ağrısından Korkması	37	18,9
Doktorun Uygun Olan Yöntemin Sezaryen Olduğunu Söylemesi	76	38,8
Gebeliğinde Miad Geçmesi, Makat Geliş, İri Bebek, İkiz Gebelik, Yetersiz Sancı, Kordon Dolanması Gibi Durumların Olması	74	37,8
Sezaryen Doğumun Kendi ve Bebeği İçin Daha Uygun Olduğunu Düşünmesi	7	3,5
Eşinin Sezaryen Doğum Yapmasını İstemesi	1	0,5
Kıymetli Bebek/Tedavi ile Bebek Sahibi Olması	1	0,5
Toplam	196*	100,0

* Evet yanıtı verenlerin yüzdesi alınmıştır.

Tablo 21’de vajinal doğum kararınızdan neden vazgeçtiniz sorusuna 196 katılımcı cevap vermiştir. Katılımcıların vajinal doğumdan vazgeçme sebeplerine göre dağılımlarına bakıldığında %38,8’i “Doktorum Benim İçin Uygun Olan Yöntemin Sezaryen Olduğunu Söyledi” ifadesini belirtmiştir. “Gebeliğimde Miad Geçmesi, Makat Geliş, İri Bebek, İkiz Gebelik, Yetersiz Sancı, Kordon Dolanması Gibi Faktörler Vardı” ifadesini katılımcıların %37,8’i, “Doğum Yaklaştıkça Doğum Ağrısından Korktum” ifadesini katılımcıların %18,9’u, “Sezaryen Doğumun Kendim ve Bebeğim İçin Daha Uygun Olduğunu Düşündüm” ifadesini katılımcıların %3,5’i belirtmiştir. “Eşimin Sezaryen Doğum Yapmamı İstemesi”, ve “Kıymetli Bebek/Tedavi ile Bebek Sahibi Olma” ifadelerini katılımcıların %0,5’i belirtmiştir.

Tablo 22. Gebelerin Bu Gebeliğinde Vajinal Doğum İçin Engel Olmaması Durumunda Doğum Şekli Tercihlerine Dağılımları

Doğum Şekli	n	%
Vajinal Doğum	134	51,5
Sezaryen	126	48,45
Toplam	260	100,0

Tablo 22’de bakıldığında katılımcılardan %51,5’nin vajinal doğum için engel olmaması durumunda vajinal doğumu tercih edeceğini, %48,5’i ise tercihinin yine sezaryenden yana olduğunu ifade etmiştir

Tablo 23. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İle İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı

Durum	n	%
Evet	160	61,5
Hayır	100	38,5
Toplam	260	100,00

Tablo 23’e bakıldığında katılımcıların %38,5’i sezaryen sonrası vajinal doğum yapabileceğini bilmediği, %61,5’inin bu konu hakkında bilgisi olduğu görülmektedir.

Tablo 24. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İle İlgili Bilgi Aldıkları Kaynaklara Göre Dağılımları

Bilgi Kaynağı	n	%
Doktordan	75	46,9
Ebe ve Hemşirelerden	10	6,3
İnternette	73	45,6
Sezaryen Sonrası Normal Doğum Yapan Arkadaşlar	2	1,2
Toplam	160*	100,0

* Evet diyenlerin yüzdesi alınmıştır

Tablo 24'e bakıldığında sezaryen sonrası normal doğum yapılabileceği hakkında bilgisi olan katılımcılarından %46,9'u bu bilgiyi doktorundan edindiği, %45,6'sının internette, %6,3'ünün ebe ve hemşirelerden edindiği görülmektedir. İki katılımcı ise sezaryen sonrası normal doğum yapan arkadaşlarından bilgi aldığını belirtmiştir.

Tablo 25. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmanın Anne ve Bebek İçin Riskli Olup Olmadığına İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı

Risk Durumu	n	%
Evet	196	75,4
Hayır	15	5,8
Bilmiyorum	49	18,8
Toplam	260	100,00

Tablo 25'e bakıldığında katılımcıların %5,8'inin sezaryen sonrası vajinal doğum yapmanın anne ve bebek için herhangi bir riski olmadığı yönünde görüş belirttiği, %75,4'ünün ise bu soruyu evet olarak cevapladığı görülmektedir. Katılımcıların %18,8'i ise konu hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 26. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumu Riskli Bulma Nedenlerine Göre Dağılımları

Risk	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Eski Kesi Yerinde Gerilmeye Bağlı Yırtık Oluşabileceğini Düşünmesi	100	51,0	196*
Bebeği İçin Riskli Olabileceğini Düşünmesi	132	67,3	
Doğum Süresi Uzayabilir ve Daha Çok Ağrı Çekebileceğini Düşünmesi	130	66,3	
Doktorun Doğuma Katılmayabileceğini Düşünmesi	46	23,5	
Enfeksiyon Riski Olabileceğini Düşünmesi	2	1,0	
Diğer	2	1,0	

*Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 26’da katılımcıların kendilerine yönetilen “Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmak Ne Gibi Riskler Oluşturabilir?” sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımına yer verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %67,3’ü bebeği açısından, %66,3’ü doğum süresi veya ağrı çekme bakımından, %51’i eski kesi yerinde gerilmeye bağlı yırtıklar oluşması ihtimali açısından riskler olabileceğini düşünmektedir. Katılımcıların %23,5’i vajinal doğum esnasında takibi yapan doktorun doğuma katılmayabileceği ve bu durumun hem bebek hem de anne açısından risk oluşturacağını düşünmektedir.

Tablo 27. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumu Anne ve Bebek İçin Yararlı Bulup Bulmama Durumlarına Göre Dağılımları

Fayda Durumu	n	%
Evet	160	61,5
Hayır	18	7
Bilmiyorum	82	31,5
Toplam	260	100,0

Tablo 27'ye bakıldığında katılımcıların %61,5'inin vajinal doğum yapmanın anne ve bebek için faydası olduğu, %7'sinin faydası olmadığı yönünde bir inancıya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %31,5'i ise konu hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 28. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Yararlarına İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımları

Yararlar	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Karnında Yeni Bir Kesi Oluşmayacağını Düşünmesi	63	39,3	160*
Yeniden Cerrahi Müdahale Geçirmeyeceğini Düşünmesi	141	88,1	
İyileşme Sürecinin Hızlı Olacağını Düşünmesi	116	72,5	
Daha Ekonomik Olacağını Düşünmesi	51	31,8	

*Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 28'de katılımcıların kendilerine yönetilen "Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmanın Ne Gibi Yararları Olabilir?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımına yer verilmiştir. Katılımcıların %88,1'i yeniden cerrahi bir müdahale geçirmeyeceğini, %72,5'i iyileşme sürecinin hızlanacağını, %39,3'ü karnında yeni bir kesi oluşmayacağını ve son olarak %31,8'i daha ekonomik olacağını ifade etmiştir.

Tablo 29. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Doğum Şekline Karar Verilme Durumlarının Dağılımı

Karar Durumu	n	%
Evet	239	91,9
Hayır	21	8,1
Toplam	260	100,0

Tablo 29'a bakıldığında katılımcıların %91,9'unu mevcut gebelikleri için doğum şekline karar verdiği, %8,1'inin ise henüz karar vermediği görülmektedir.

Tablo 30. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Doğum Şekline Karar Veren Kişiye Göre Dağılımları

Kişiler	n	%
Kendim	27	11,3
Doktor	25	10,5
Eşim ve Ben	13	5,4
Doktorla Birlikte Ben	174	72,8
Toplam	239	100,0

Tablo 30 incelendiğinde, katılımcıların %72,8'inin mevcut gebeliklerinde doğum şekline doktorla birlikte karar verdiği, %11,3'ünün kendisinin karar verdiği, %10,5'inin doktorunun karar verdiği ve %5,4'ünün ise eşiyile birlikte karar verdiği, görülmektedir.

Tablo 31. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Karar Verilen Doğum Şekline Göre Dağılımları

Doğum Şekli	N	%
Sezaryen Doğum	217	90,8
Vajinal Doğum	22	9,2
Toplam	239	100,0

Tablo 31'e bakıldığında katılımcıların % 90,8'inin mevcut gebeliklerinde sezaryen doğumu tercih ettikleri, % 9,2'sinin ise vajinal doğumu tercih ettiği görülmektedir.

Tablo 32. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Doğum Kararının Nedenlerine Göre Dağılımları

Sebepler	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcı
	n	%	N
Daha Az Ağrılı Doğum/Doğum Ağrılarında Korku	63	29,0	217*
Bebeği İçin Daha Güvenli Olduğunu Düşünme	116	53,4	
Doğum Yarıklarının Olmasını İstememe	3	1,3	
Çabuk Olduğunu Düşünme	23	10,6	
Kadın ve Doktor İçin Kolay Olduğunu Düşünme	19	8,7	
İlk Doğumun Sezaryen Olması	214	98,6	

*Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 32'de mevcut gebeliklerinde sezaryen yöntemini tercih eden katılımcıların bu kararı vermelerine etki eden sebeplere göre dağılımına yer verilmiştir. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde katılımcıların %98,6'sı ilk doğumları sezaryen olduğu için mevcut gebeliklerinde yine sezaryeni tercih ettiği görülürken,

%53,4'ünün bebeği için daha güvenli olduğunu düşündüğünden, %29'u daha az ağrılı olması veya doğum ağrılardan korktuğu için, %10,6'sı çabuk olduğu için, %8,7'si ise kadın ve doktor için daha kolay olduğunu düşündüğü için sezaryeni tercih ettiği görülmektedir.

Tablo 33. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Vajinal Doğum Kararının Nedenlerine Göre Dağılımları

SebeP	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Daha Doğal Olması	14	63,6	22*
Bebek İçin Daha Uygun Olması	6	27,2	
Doğrum Sonrası Daha Az Ağrı Olması	13	59,1	
Hastanede Kalış Süresinin Daha Az Olması	8	36,3	
Doğum Sonrası Normal Hayata Daha Kolay Dönülmesi	17	77,2	
Sezaryenden/Ameliyattan Korkma	7	31,8	
Doktorların Önerisi	4	18,1	
Doğum Deneyimi Yaşamak İsteme	10	45,4	

*Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 33'te mevcut gebeliklerinde vajinal yöntemini tercih eden katılımcıların bu kararı vermelerine etki eden sebeplere göre dağılımına yer verilmiştir. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde katılımcıların %77,2'sinin doğum sonrası normal hayata dönmenin daha kolay olması, %63,6'sının daha doğal olması, %59,1'inin doğum sonrası daha az ağrı olması, %45,4'ünün doğum deneyimi yaşamak istemesi, %31,8'inin ameliyattan korkması, %27,2'sinin bebek için daha uygun olması ve %18,1'inin ise doktorun önerisiyle vajinal doğuma yöneldiği belirtilmiştir.

Tablo 34. Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteyip İstememe Durumlarına Göre Dağılımları

Karar Durumu	n	%
Evet	94	36,2
Hayır	166	63,8
Toplam	260	100,0

Katılımcılara sorulan kendinizi sezaryen sonrası vajinal doğum için bir aday olarak düşünür müsünüz sorusuna verilen cevaplar Tablo 34’te yer almaktadır. Veriler incelendiğinde katılımcıların %36,2’sinin imkân olması durumunda sezaryen sonrası normal doğum yapmayı istediği, %63,8’inin ise istemediği görülmektedir.

Tablo 35. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İstememe Nedenlerine Göre Dağılımı

Sebeup	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar
	n	%	N
Kendini Sezaryen Doğuma Hazırlamış Olma	142	85,5	166*
Takiplerinde Bebeğin İri Bebek Olabileceğinin Söylenmesi	12	7,2	
Önceki Doğumunda Rahim Yırtılması Öyküsünün Olması	1	0,6	
Çatı Yapısının Vajinal Doğum Yapmaya Uygun Olmaması	15	9,0	
Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yöntemini Doktorunun Kabul etmemesi	25	15,0	
Diğer	49	29,5	

*Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 35’te katılımcıların kendilerine yönetilen “Sezaryen Sonrası Normal Doğum Yapmayı Neden İstemezsiniz?” sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımına yer verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %85,5’i kendisini sezaryen doğuma hazırlamasını, %15’i takibi yapan doktorun sezaryen sonrası normal doğumu kabul etmemesini, %9’u çatı yapısının vajinal doğum için

uygun olmamasını, %7,2'si takipleri esnasında bebeğin iri bebek olabileceğinin söylenmesini gerekçe göstermiştir. Katılımcıların %29,5'i ise kararlarında diğer sebeplerin etkili olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 36. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteme Nedenlerine Göre Dağılımları

SebeP	Toplam İşaretleme		Cevaplayan Katılımcılar N
	n	%	
Vajinal Doğumu Deneyimlemek İstemesi	57	60,6	94*
Hem Kendi Hem de Bebeği İçin Daha Doğal Bir Yöntem Olduğunu Düşünmesi	50	53,1	
Doğum Sonrası Dönemi Rahat Geçirmek İstemesi	73	77,6	
Bebeğin Dünyaya Gelişini Her Anıyla Yaşamak İstemesi	12	12,7	
Bir Kez Daha Ameliyat Olmak İstememesi	33	35,1	
Sorunlu Bir Sezaryen Operasyon Geçirmesi	20	21,2	
Hastaneden Daha Çabuk Çıkmak İstemesi	40	42,5	
Doktorun Ssvd İle İlgili Desteklemesi	6	6,3	
Diğer	1	1,1	

* Yüzde değerleri birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 36'da katılımcıların kendilerine yönetilen "Sezaryen Sonrası Normal Doğum Yapmayı Neden İstersiniz?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımına yer verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %25'i doğum sonrası dönemi rahat geçirmek, %19,5'i vajinal doğumu deneyimlemek, %17,1'i vajinal doğumun hem bebek hem anne için daha doğal bir yöntem olması, %13,7'si

hastaneden daha çabuk çıkmak, %11,3'ü bir kez daha ameliyat olmamak, %4,1'i bebeğin dünyaya gelişini her anıyla yaşamak isteme nedenini belirtmiştir.

Tablo 37. Gebelerin Doktoru İle Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Konusunu Konuşma Durumlarına Göre Dağılımları

Durum	n	%
Evet	94	36,2
Hayır	166	63,8
Toplam	260	100,0

Tablo 37'de yer alan veriler incelendiğinde katılımcıların %36,2'sinin doktoruyla sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında konuştuğu, %63,8'inin ise konuşmadığını belirtmiştir.

Tablo 38. Gebeliğin Gerçekleşme Şekline Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı

Gebeliğin Gerçekleşme Şekline Göre Dağılımları	Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteyip İstememe Durumlarına Göre Dağılımları						Toplam		Test istatistiği; p	
	Hayır			Evet			n	Satır %'si		Sütü n %'si
	n	Satır %'si	Sütü n %'si	n	Satır %'si	Sütü n %'si				
Kendiliğinden	135	63,1%	81,8%	79	36,9%	84,0%	214	100,0%	82,6%	
Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalma	30	66,7%	18,2%	15	33,3%	16,0%	45	100,0%	17,4%	
Toplam	165	63,7%	100,0 %	94	36,3%	100,0 %	259	100,0%	100,0 %	

X²: Ki kare test istatistiği p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Gebeliği kendiliğinden gerçekleşen bireylerin %36,9'u ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan bireylerin %33,3'ü sezaryen sonrası vajinal doğumu istemektedir. Kadınların gebeliğinin gerçekleşme şekline göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,734).

Tablo 39. Gebelerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı

	Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteyip İstememe Durumlarına Göre Dağılımları						Toplam			Test istatistiği; p
	Hayır			Evet						
	n	Satır %'si	Sütun %'si	n	Satır %'si	Sütun %'si	n	Satır %'si	Sütun %'si	
Gebelerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı	Hayır	133	63,0%	80,6%	78	37,0%	83,0%	211	100,0%	81,5%
	Evet	32	66,7%	19,4%	16	33,3%	17,0%	48	100,0%	18,5%
Toplam		165	63,7%	100,0%	94	36,3%	100,0%	259	100,0%	100,0%

X²: Ki kare test istatistiği p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Kronik hastalığı olan bireylerin %33,3'ü ve olmayan bireylerin %37'si sezaryen sonrası normal doğumu istemektedir. Kadınların kronik hastalık varlığına göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,740).

Tablo 40. Gebelerin Önceki Gebelikte Doğum Şekilleri ile İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı

	Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteyip İstememe Durumlarına Göre Dağılımları						Toplam			Test istatistiği ; p
	Hayır			Evet						
	n	Satır %'si	Sütun %'si	n	Satır %'si	Sütun %'si	n	Satır %'si	Sütun %'si	
Gebelerin Önceki Gebelikte Doğum Şekilleri ile İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımları	Hayır	7	46,7%	4,2%	8	53,3%	8,5%	15	100,0%	5,8%
	Evet	158	64,8%	95,8%	86	35,2%	91,5%	244	100,0%	94,2%
Toplam		165	63,7%	100,0%	94	36,3%	100,0%	259	100,0%	100,0%

X²: Ki kare test istatistiği p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Önceki gebeliklerinde doğum şekilleri ile ilgili bilgi alan kişilerin %35,2'si ve bilgi almayan kişilerin %53,3'ü sezaryen sonrası normal doğumu istemektedir. Kadınların önceki gebeliklerinde doğum şekilleri ile ilgili bilgi alma durumlarına göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,174).

Tablo 41. Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ile İlgili Bilgi Durumlarına Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteme Durumlarının Dağılımı

		Gebelerin Şimdiki Gebeliğinde Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapmayı İsteyip İstememe Durumlarına Göre Dağılımları						Toplam		Test istatistiği ; P	
		Hayır			Evet						
		n	Satır %'si	Sütun %'si	n	Satır %'si	Sütun %'si	n	Satır %'si		Sütun %'si
Gebelerin Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ile İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı	Hayır	59	59,0%	35,8%	41	41,0%	43,6%	100	100,0%	38,6%	X ² =1,561 p=0,233
	Evet	106	66,7%	64,2%	53	33,3%	56,4%	159	100,0%	61,4%	
Toplam		165	63,7%	100,0%	94	36,3%	100,0%	259	100,0%	100,0%	

X²: Ki kare test istatistiği p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili bilgi alan kişilerin %33,3'ü ve bilgi almayan kişilerin %41'i sezaryen sonrası normal doğumu istemektedir. Kadınların sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili bilgi alma durumlarına göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,233).

4. TARTIŞMA

Doğum olayı kadını gerek gebelik gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilecek bir süreçtir. Bu süreçte karar verilmesi gereken önemli konulardan bir tanesi kadının doğum şeklidir. Kadınlar doğum şekline karar verirken birçok faktörden etkilenebilirler, fakat önemli olan doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonuçlanmasıdır (19).

Tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında giderek yükselme eğilimi vardır. Bu artış ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar ile değişiklik göstermektedir (21, 29). Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen sezaryen oranı %15 olarak önerilmekte ve bu oranın altına inildiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği belirtilmektedir. Günümüzde çoğu merkezde bu oran %15/25 arasında değişmektedir ve merkezlerin önemli bir kısmında önde gelen sezaryen nedeni daha önceki doğumun ya da doğumların sezaryenle gerçekleşmiş olmasıdır (19, 66, 67).

İlk doğumunu sezaryen yöntemi ile yapan kadınların ikinci doğuma yönelik vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular genel olarak iki başlık altında değerlendirilmiştir.

5.1 Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında klinikte takibi yapılan 260 kadının %39'unun 30-34 yaş aralığında, % 28'inin ise 25-29 yaş aralığında yer aldığı tespit edilmiştir. Duran ve Atan'ın (2011) yapmış oldukları çalışmada doğurganlık yaşı $26,7 \pm 3$ olarak bulunmuştur (49). TNSA 2013 verilerine göre doğurganlık yaşı ortalama 22.9 olarak belirlenmiştir (12). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiklerine göre de 2016 yılı doğurganlık yaşı 25-29 yaş aralığında belirlenmiştir (11). Araştırma sonuçları bu

konuda ülkemizde yapılan doğurganlık yaşını ele alan çalışmalarla oldukça benzerlik göstermektedir. Mevcut farklılıkların nedeni ise çalışmanın ikinci gebeliği olan kadınlarla yapılmış olmasıdır.

Araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların %44'ünün lise, %27'inin üniversite, %20'sinin ortaöğretim ve %9'unun ise ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin %54'ünün lise, %25'inin üniversite, %11'inin ortaöğretim ve %9'unun ise ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki kadınların ve eşlerinin eğitim seviyelerinin bir birlerine yakın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre, 25 ve daha yukarı yaş grubunda yer alan kadınlarda okuma yazma bilmeyenlerin oranı %9, Lise ve dengi okul mezunu olanların oranı %15,6 ve önlisans/lisans mezunu olan kadınların oranını %13 olduğu gerçeği göz önünde bulundurulduğunda araştırmaya katılan kadınların eğitim seviyesinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir (68).

Araştırma kapsamında takip edilen kadınların önemli bir kısmının ev hanımı olduğu görülmektedir (%45). Görüşme yapılan kadınların %32'sinin işçi ve %20'sinin ise memur olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaklaşık yarısının işçi olduğu, %24'ünün memur, %20'sinin esnaf olduğu tespit edilmiştir. TÜİK hane halkı işgücü araştırması sonuçlarına göre; 2015 yılında, Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaşta nüfus içerisinde istihdam oranı kadınlarda %27,5 olduğu tespit edilmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde 2015 yılında kadın istihdam oranının en yüksek olduğu ülkelerin başında İsveç (%74) yer alırken bu oranın en düşük olduğu ülke ise %42,5 ile Yunanistan olduğu ve Avrupa Birliği üye ülkelerinin (28 ülke) ortalama kadın istihdam oranının ise %60,4 olduğu gerçeği göz önünde bulundurulduğunda araştırma kapsamında takibi yapılan kadınların iş gücüne katılım oranının Türkiye ortalamasının oldukça üstünde AB ülkelerinin ise altında olduğu görülmektedir (68).

Araştırma kapsamında doğum kliniğinde gebelik takibi yapılan kadınların yarısından fazlasının (%55) 3.000 TL ve üzerinde bir gelire sahip olduğu ve %45'inin ise 3.000 TL altında bir gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca araştırma kapsamına takibi yapılan kadınların tamamına yakınının (%98) bir sosyal

güvence sistemine sahip olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerinde Türkiye genelinde sosyal güvencesi olan kadınlar %50'lik bir kısmı oluşturmaktadır. Bu oran çalışmamızın yapıldığı Akdeniz bölgesinde %48'dir (11, 12). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda çalışma kapsamında takibi yapılan kadınların sosyal güvenceye sahip olma oranları Türkiye ortalamasının oldukça üstündedir.

5.2 Gebelik ve Doğuma İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Görüşme yapılan kadınların %35'i (90 kişi) düşük, kürtaj veya ölümle sonuçlanan gebeliğinin olduğunu belirtmiştir. Gebeliğinin düşük, kürtaj veya ölümle sonuçlandığını belirten 90 kişinin %53'ü düşükle, %38'i kürtajla ve %9'u ise ölümle gebeliğinin sonuçlandığını belirtmiştir. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %23'ünün en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, %3'ünün de ölü doğum yaptığı belirtilmektedir (12). Yanikkerem ve arkadaşlarının (2013) 140 kadınla yaptığı çalışmalarında kadınların %16,4'ü daha önce kürtaj olduğunu, %15,7'si düşük yaptığını, %5,7'si ölü doğum yaptığını belirtmiştir (42). Araştırma sonuçları bu konuda yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kadınların daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamış olması kaygı düzeylerini arttıran bir sebeptir. Bu konuda ilk doğumlarında sezaryen doğum şeklini tercih etmelerine etken bir sebep olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırma kapsamında gebelik takibi yapılan gebelerin gebeliklerinin ilk haftalarında gebelik takibi yaptırma eğilimlerinin düşük olduğu görülmektedir. Nitekim çalışma kapsamında takibi yapılan gebelerin %32,3'ü gebeliğinin birinci ve ikinci trimesterinde, %67,7'si üçüncü trimesterindedir. Gebeliğinin sonlarına yani gebeliğinin 30. haftasından sonra gebelik takibini yaptıranların oranında artışlar görülmektedir. Durusoy ve arkadaşlarının (2011) "İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler" isimli çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Nitekim Durusoy ve arkadaşları çalışmalarında takibi yapılan gebelerin %7'sinin 1-17. haftasında, %24'ünün 18-29. haftasında, %20'sinin 30-35. haftasında ve %48'inin ise 36-40. haftasında olduklarını tespit etmişlerdir (69).

Gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliğini planlı bir şekilde gerçekleştirdiği (%89) tespit edilmiş olup plansız olarak gerçekleştirenlerin oranı %11 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma ile tespit edilen sonuçlar bu alanda yapılan çalışmalarla da uyumlu olduğu görülmektedir. Bu konu ile ilgili literatür tarandığında gebeliği planlı olarak gerçekleştirenlerin oranının %80-95 arasında olduğu görülmektedir (19, 21, 23, 34, 36, 70).

İnfertilite tedavisindeki gelişmelere bağlı olarak çoğul gebelikler artmıştır. Bu durum medikal endikasyonlu sezaryenleri arttırdığı gibi, çiftlerin daha az riskli olacağı düşüncesiyle sezaryen isteminde artışta da etkili olmaktadır. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada ikiz gebeliğe sahip olan kadınların %76'sının, üçüz gebeliğe sahip olanların ise %90'ının yardımla üreme teknikleri kullanılarak gebe kaldığı ve ikizlerin %63'ünün, üçüzlerin ise %83'ünün sezaryen doğum ile dünyaya geldiği bildirilmiştir (71).

Araştırma kapsamında takibi yapılan gebelerin %82,7'si kendiliğinden, %17,3'ü yardımcı üreme teknikleri ile gebe kaldığı tespit edilmiştir. Özkar'ın (2011) çalışmasında gebeliklerin %95'i kendiliğinden %5'i yardımcı üreme teknikleri olduğu belirtilmiştir (72). Çalışmalar arasındaki farklılığın çalışmamızda ele alınan gebelerin ikinci gebelikleri olması bu bağlamda yaş faktörünün gebeliğin oluş şekli üzerinde etkin olmasıdır. Ayrıca takibi yapılan gebelerin, ilk gebelikte bu gebelikte planlanan doğum tarihi arası incelendiğinde, gebelerin %26'sı, 3 yıl, %22'ü 4 yıl ve %13'ü ise 2 yıl geçtiğini belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına takibi yapılan gebelerin yaklaşık %60'mın bir önceki doğumu ile şimdi planladıkları doğumları arasında 2-4 yıl olduğu tespit edilmiştir. Bu sürede de ilk doğumda sezaryen doğum yapmış olan gebenin ikinci doğum için sezaryen doğum olacağını düşünmesi belirleyici olmuştur.

Araştırma kapsamında görüşme yapılan gebelerin %80'i bir kez, %15'i iki ayda bir ve %5'i ise bu zamana kadar ilk kez sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir. Atan ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında gebelerin %99'u gebeliği boyunca sağlık kontrollerine gitmiş ve %45'i gebeliği boyunca en az 11 kez sağlık kontrolünü yaptırmıştır ve gebelerin %69'u sağlık kontrollerini hastanelerde yaptırmıştır (73). Yaşar ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada çalışma

kapsamında alınan kadınların %99.0'unun gebeliği boyunca en az bir kez takibe gittiği belirtilmiştir (70). Bu bağlamda çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışma kapsamına alınan gebelerin %5'i ilk kez sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiş bu kesimde yer alan gebelerinde gebeliklerinin ilk haftalarında olduğu sonucuna varılmıştır.

Gebelerin %68'i sağlık kontrolleri için tek bir sağlık kuruluşuna bağlı kalmayıp kontrolleri için başka sağlık kurumlarına gittiğini belirtmekte olup kontrollerinde, yarısından fazlasının (%58) devlet hastanesini, %15'inin özel hastane veya poliklinikleri, %17'sinin özel muayenehaneleri tercih ettiği görülmektedir. Yaşar ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında gebelerin takip için %54,3 oranıyla en çok özel hastane ve özel poliklinikleri tercih ettiği, %21,2 oranıyla devlet hastanelerini, en düşük oranda sağlık ocaklarını tercih ettiği belirtilmiştir (70). Borlu'nun (2008) çalışmasında gebelerin kontrol için en fazla tercih ettikleri kurum; özel hastane veya poliklinikler olmuştur (34). Bu bağlamda çalışma sonuçlarındaki mevcut farklılıkların olma sebebi çalışmanın tek bir merkezdeki başvuran gebelerle yapılmış olmasıdır. Ayrıca gebelerin büyük çoğunluğunun (%80) sağlık kontrollerinin kadın doğum uzmanı tarafından, %13'ünün ise ebe veya hemşireler ve %6'sının ise aile hekimi tarafından yapıldığı tespit edilmiştir.

Gebelik döneminde gebe takibi anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilmesi için önem verilmesi gereken konuların başında gelmektedir. Sağlıklı yeni nesiller yetiştirebilmek öncelikle sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci geçirmekle mümkün olmaktadır. Sağlıklı bir gebelik geçirebilmek için doğum öncesi bir sağlık personeli tarafından anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli kontrolleri yapıp önerilerde bulunarak, izlenmesiyle mümkün olmaktadır (74).

İlk doğumunu sezaryen yöntemiyle yapmış gebelerin %56'sının gebeliklerinin başından bu zamana kadar önemsiz küçük problemler yaşadığı, %37'sinin normal bir gebelik geçirdiğini belirtirken %7'sinin ise gebeliği süresince ciddi problemler yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca gebelerin %82'si kronik bir hastalıklarının olmadığını belirtmiştir. Özkar'ın (2011) çalışmasında gebelerin %24'ü gebeliğinde problem yaşadığını ifade etmiştir. Kadınlar bir önceki doğumlarını gebeliklerinin 38-40. haftaları arasında (%80) yaptıklarını

belirtmişlerdir (72). Burada bir önceki doğum şeklinin sezaryen olması ve sezaryen doğumların genellikle planlı olması normal süreci beklemeden bebek gelişimi tamamlanınca doğumun gerçekleştirilmesi etkindir.

Araştırma kapsamında takibi yapılan gebelerin %94'ünün ilk gebelikte doğum (Vajinal Doğum ve Sezaryen) şekilleri ile ilgili bilgi aldıkları belirlenmiştir. Bilgi kaynaklarına bakıldığında; doktorundan bilgi alanlar ilk sırada yer alırken (%47) bunu sırasıyla arkadaşlarından ve doğum tecrübesi yaşayan kişilerden (%28), ebe ya da hemşireden (%17) ve internetten-gazete-dergi-televizyon (%8) gibi kitle iletişim araçlarından bilgi edinenler takip etmektedir. Atan ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında kadınların% 60'ı doğumdan önceki dönemde doğum yöntemleriyle ilgili bilgi aldıklarını ve bilgi kaynakları olarak %28'i ailelerini, %24'ü yazılı medya, %38'i sağlık ekibini belirtmiştir. Aynı çalışmada kadınlara aldıkları bilginin yeterli olup olmadığı sorulmuş kadınların %28'i bilgiyi yeterli bulmadıklarını, %24'ü ise kısmen yeterli bulduklarını belirtmiştir. Kadınların %66'sı hamileliği süresince radyo televizyon ve gazetelerden doğum yöntemleri ile ilgili haberleri takip ettiklerini belirtmiş ve %92'si bu haberlerin spontan vajinal doğumu tavsiye ettiğini belirtmiştir (73).

Özkar (2011) tarafından yapılan "Normal Doğum ve Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşünceleri" isimli çalışmasında kadınların doğum yöntemleri hakkında bilgisinin olduğunu belirtenlerin oranını %61 olarak saptamış olup bilgisi olan kişilerinde daha önce yapmış oldukları yöntem hakkındaki bilgilerinin deneyime dayalı olduğu bildirilmiştir (72).

Kadınlara doğum yöntemleri hakkında yeterli bilginin verilmesi ile daha bilinçli olacakları doğuma ve doğum sonrası döneme daha iyi adapte olacakları düşünülmektedir. Doğum şeklinin karar verilmesinde de bu durum çok önemlidir. Kadınlar vajinal doğumun faydaları konusunda bilgilendirildiklerinde ve doğuma daha iyi hazırlandıklarında vajinal doğum daha fazla tercih edilebilir.

Gebelerin bir önceki doğumun şekline karar vermede doktorlarının oldukça etkili olduğu görülmektedir. Gebelerin bir önceki doğumlarının şekline doktorun karar verdiğini (%52) veya doktoruyla birlikte kendisinin karar verdiğini

belirtmişlerdir (%41). Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) çalışmasında kadınların %58,6'sının doğum şekline karar vermesi gereken kişi olarak doktoru gördüklerini ifade ettikleri ve %79,6'sının doğum şekline doktorunun karar verdiği belirlenmiştir. Bunun nedeninin kadınların çoğunluğunun doğum şekilleri konusunda kendilerini yeterli bilgiye sahip olarak görmemeleri ve sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında yeterli bilgilendirme ve danışmanlık hizmetini vermemeleri olduğu düşünülmektedir (13).

Saymer ve arkadaşlarının (2009) 500 gebe üzerinde gerçekleştirdiği çalışmalarında, kadınların sezaryen doğumu tercih nedenleri; % 47 hekim isteği, % 19 kendi isteği, %18 vajinal doğum korkusu, %11 miad geçmesi, %5 sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi şeklinde sıralanmıştır (47).

Doğum şekline kendisi karar veren gebelerin, %48'i "Bebeği ve kendisi için daha güvenli bulması, %29'u sezaryen doğumun daha az ağrılı olduğunu düşünmesi", %12'si çabuk olması, %10'u doğumhane korkusunun olması ve %2'sinin ise doğum yırtıklarının olmasını istememesi nedeniyle vajinal doğumu tercih etmediğini belirtmiştir. Fenwick ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da kadınların ilk gebeliklerinde sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında bebeği için daha güvenli olduğunu düşünmeleri doğum ağrısından korkmaları ilk sırada yer almıştır (45). Yaşar ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da kadınlar ağrı çekmemek için, doğumhane şartlarının kötü olmasından ve muayeneden rahatsız olduklarından sezaryeni tercih ettiklerini dile getirmişlerdir (70). Atan ve arkadaşlarının çalışmalarında (2013) kadınların sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında gebelerin spontan vajinal doğum ağrısından korkmaları, doğum yırtıklarının olmasını istememeleri, doğum ve bebek için daha güvenilir olduğunu düşünmeleri gelmektedir(73, 75, 76).

Araştırma kapsamında klinikte takibi yapılan gebelerin bir önceki doğumlarında suyun erken gelmesi (%35), bebeğin yerleşmesi ile ilgili problem (%14), kordon dolanması (%8), yetersiz sancı, kıymetli bebek/televizyon ile bebek, kanamanın olması nedenleri ile doktor tarafından doğumun sezaryenle gerçekleştirilmesine karar verildiği belirtilmiştir. Ülkemizde doktorların doğum şekli tercihleri ve yaklaşımları ile ilgili yeterli kaynak bulunmamakla birlikte 2013 TNSA

verilerine göre doktorlar tarafından takip edilen gebelerde sezaryen oranı ebeler tarafından takip edilen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (12). Yaşar'ın (2006) çalışmasında doktor tarafından takip edilen gebelerde özellikle artmış bir sezaryen tercihi söz konusu değildir (35). Çalışmada 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 ya da sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek adına tıbbi veya sosyal problemler çıkabileceğini düşündüğü durumlarda sezaryeni tercih ettiği düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %75'inin ilk doğumlarında önce vajinal doğumu düşünüp sonra vazgeçtiğini belirtmişlerdir. Vajinal doğumdan vazgeçme nedenlerin başında doktorunun bu doğum için sezaryen yöntemi tavsiye etmesi, doğum ağrılarından korkmak, sezaryen doğumu bebeği ve kendisi için daha uygun olduğunu düşünmesi gibi nedenler gelmektedir. Kadınların vajinal doğum tercihlerinden vazgeçme nedenleri eğitim ve bilgilendirilme eksikliğinden, vajinal doğum için olumlu desteğin az oluşundan, doktorların yönlendirmesinden (nitekim çalışmamızda %52 oranında doğum şekline doktor karar vermiştir.) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin yaklaşık 2/3'ünün vajinal doğumu düşünüp ama bundan farklı nedenlerden dolayı vazgeçmelerine rağmen vajinal doğuma engel durumu olmaksızın şimdi doğum yapacak olsalar vajinal doğumu (%52) tercih edeceğini belirtmişlerdir. Bunda en büyük etken vajinal doğumun normal ve psikolojik olmasıdır. Doğum sonrasında anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte ve çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir böylece anne ve bebek arasında duygusal temas daha kısa sürede ve güçlü başlamaktadır. Hastanede kalış süresi son derece kısa olmaktadır. Fetüs açısından avantajı ise doğum esnasında sıkışıp büzüşen bebeğin akciğerlerinin soluk alıp vermeye daha hazırlıklı olmasıdır (22). Sayiner ve arkadaşlarının çalışmalarında (2009) gebelerin normal doğumu tercih etme sebeplerine bakıldığında %35 normal doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi, %18 hekim isteği, %16 hastanede kendiliğinden gerçekleşmesi, %14 kendini çabuk toplama isteği, %10 annelik içgüdüsünü arttırmak, %7 ise ekonomik nedenler şeklindedir (47). Atan ve arkadaşlarının

çalışmalarında (2013) gebelerin normal doğumu tercih etme nedenlerine bakıldığında spontan vajinal doğumun daha sağlıklı olduğunu düşünmeleri, daha az riskli olduğunu düşünmeleri şeklindedir (73).

Gebe kadınların yarısından fazlasının sezeryan sonrası vajinal doğum yapabileceği konusunda bilgisinin olduğunu belirtmişlerdir (%60). Gebe kadınların bu konuda bilgi kaynaklarının başında ebe-hemşire, doktoru, internet ve bu konuda bu deneyimi yaşamış arkadaşları gelmektedir. Ayrıca araştırma kapsamında takibi yapılan gebelerin %75'i sezeryan sonrası vajinal doğum yapmanın hem anne ve hem de bebek için riskli olabileceği yönünde görüş belirtmişlerdir. Sezeryan sonrası vajinal doğum yapılması durumuna, hem bebeği açısından (%32) hem doğum süresi veya ağrı çekme bakımından (%32) hem de eski kesi yerinde gerilmeye bağlı yırtıklar oluşması (%24) gibi risklerle karşı karşıya kalabileceklerini beyan etmişlerdir.

Sezaryenin bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancı sezaryen tercihinde etkilidir. 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 (36). Günümüzde sezaryen ile doğum, zor bir vajinal doğuma göre anne ve bebek sağlığı açısından daha güvenli gibi görünse de büyük bir operasyonda görülebilecek komplikasyonlar sezaryen sırasında da görülebilir. Tekrarlayan sezaryenlerde operatif komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Üreter, mesane, barsak zedelenmeleri, uterin arter kesisi, serviks ya da vajen kesileri bunlardan bazılarıdır. Anesteziye ait komplikasyonlar olabilir. Operasyon sonrası skar dokusu, enfeksiyon, tromboembolizm gibi durumlarla karşılaşılabilir (17, 19).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %62'sinin sezaryen sonrası vajinal doğum yapmanın hem anne ve hem de bebek için faydası olduğu yönünde görüş belirtirken %32'i ise bu konuda herhangi bir bilgisinin olmadığını belirtmişlerdir. Vajinal doğumun, yeniden cerrahi bir müdahale geçirmeyeceği, iyileşme sürecinin hızlanacağı, karnında yeni bir kesik oluşmayacağı ve daha ekonomik olacağı avantajlar sağlayacağı yönünde fikir beyan etmişlerdir. Sezaryen sonrası vajinal doğumun avantajları; annelerin kısa zamanda taburcu olabilmesi, kısa zamanda

toparlanıp bebekleriyle daha iyi ilgilenebilmeleri, hastane enfeksiyonlarıyla daha az karşılaşmaları, anestezi komplikasyonları ve skar dokusu gibi komplikasyonlarla daha az karşılaşılması ve tekrar normal vajinal doğum yapma olasılığı olarak sayılabilir (17).

Atan ve arkadaşlarının çalışmalarında (2013) çalışmalarında önceki doğumu spontan vajinal doğum olan gebelerin dörtte üçü, önceki doğumunu sezaryen yöntemi ile yapan gebelerin üçte ikisi tekrar doğum yapacak olsalar yeniden vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (73). Bu konu da benzer çalışmalar mevcuttur yine bu çalışmalarda gebeler tekrar doğum yapacak olsalar spontan vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (13, 77, 78). Karabulutlu'nun (2012) çalışmasında önceki doğum şekli vajinal olan grubun bir sonraki doğum tercihi %96.4 oranı ile yine vajinal doğum iken, önceki doğum şekli sezaryen olanların vajinal doğum tercihleri %3.6 olarak bulunmuştur (59).

Bir önceki doğumunu sezaryen yöntemiyle yapmış gebelerin tamamına yakınının (%92) şu anki gebeliklerinde doğum şeklinin sezaryen olacağı yönünde karar verdikleri ve büyük bir çoğunluğunun doğum şekli kararlarını doktoruyla birlikte aldıkları (%73) tespit edilmiştir. Doğum şekli kararında sadece kendisinin (%11) veya doktorunun (%10) etkili olduğunu belirtenlerin toplamının %21 olduğu dikkate alındığında doğum şekline karar vermede takibi yapan doktorun etkisinin oldukça büyük olduğu sonucu ulaşılabılır. Kitapçioğlu ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında “bu doğum tipini size kim önerdi? Sorusuna, kadınların % 57.1’i doktor, % 11.3’ü ebe-hemşire, % 27.1’i kendi kararım şeklinde yanıt vermiştir. İsteğe bağlı sezaryen olanların % 60’ı, vajinal doğum yapan kadınların % 30.5’i bu doğum yöntemini hekimlerinin önerdiğini belirtmişlerdir (79).

Kadınlar doğum şekline karar verirken bir çok faktörden etkilenebilmektedirler. Aileleri ve arkadaş çevreleri, medya ve sağlık personeli tercihlerin belirlemelerinde yönlendirici olabilmektedir. Sonuçta kadınlar tüm bu faktörlerden etkilenecek, kendileri için uygun görülen doğum şekline karar verebilmekte, bazen isteyerek, bazen de istemeden planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedir. Burada önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar

tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır (24, 30).

Çalışmamızda gebelerin %90'ının mevcut gebeliklerinde sezaryen doğumu tercih ettikleri sadece %10'unun ise vajinal doğumu tercih ettiği tespit edilmiştir. Güney ve arkadaşlarının (2006) Isparta'da yapmış oldukları araştırmalarında (2001-2005) sezaryen oranını %58,1 ile %85,2 arasında tespit etmişlerdir (80). Yalınkaya ve arkadaşlarının (2003) 1983-2002 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde 19390 doğum vakasının retrospektif olarak incelendiği araştırmalarında toplam sezaryen oranı %31,5 olarak belirlemişlerdir. İncelenen dönem boyunca sezaryen oranının artış göstererek %17,2 ile %50,4 arasında değişiklik gösterdiğini saptamışlardır (81).

Şu anki doğumlarında sezaryeni tercih etme nedenleri incelendiğinde ise bir önceki doğumu sezaryenle olduğu için bu doğumda da sezaryeni tercih ettiği görülürken (%49), %27'sinin bebeği için daha güvenli olduğunu düşündüğünden, %14'ünün daha az ağrılı olması veya doğum ağrılardan korktuğu için, %5,3'ünün çabuk olduğu için, %4,3'ünün ise kadın ve doktor için daha kolay olduğu için sezaryeni tercih ettiği görülmektedir. Araştırma kapsamında takibi yapılan gebelerin %64'ü koşullarının elvermesi durumunda dahi sezaryen sonrası vajinal doğum yapmak istemediğini beyan etmişlerdir. Sezaryen sonrası vajinal doğumu tercih etmeme nedenlerin başında %58 ile kendisini sezaryen doğuma hazırlamış olması gelirken bunu takibi yapan doktorun sezaryen sonrası vajinal doğumu kabul etmemesi (%10), çatı yapısının vajinal doğum için uygun olmaması ve takipleri esnasında bebeğin iri bebek olabileceğinin söylenmesi gerekçeleri takip etmektedir.

Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) yapmış oldukları “İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler Araştırması” isimli çalışmalarında, kadınların %88,9'unun doğum şekline yönelik kararının gebeliği süresince değişmediği saptanmıştır. Kadınların yarıdan fazlasının planladıkları doğum şekline kendisinin karar verdiği (%57,6), kendisi dışında doğum şekli kararını en fazla etkileyen kişinin annesi (%35), daha sonra sırasıyla eşi (%31) ve yakın akrabaları (%30) olduğu belirlenmiştir. Sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında ise en fazla doğumdan / doğum ağrısından korkma (%71) ve

bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme (%16) yer almıştır (13). Karabulutlu'nun (2012) yapmış olduğu “Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler” isimli araştırmasında kadınların vajinal doğumu tercih oranını %79 olarak belirlemişlerdir. Kadınların vajinal doğumu tercih etme nedenleri arasında en fazla, anne için daha sağlıklı olacağını düşünme (%54) yer almıştır. Sezaryen ile doğumu tercih etme nedenleri arasında ise en fazla, doktorlarının önerisi/isteği olduğu (%50) belirtilmiştir (59).

Akyol ve arkadaşlarının (2011) sağlık personeli ve sağlık personeli olmayan gruplarla yapmış oldukları çalışmalarında sağlık personeli olmayan grupta isteğe bağlı sezaryen oranı % 14.4 sağlık personelinde oran % 37.7 olarak bulunmuştur. İsteğe bağlı sezaryen olanlarda bu tercihi etkileyen en önemli faktör sezaryen süresi ve zamanının önceden tespit edilebilmesi ilk sırada gelirken, daha sonra önem sırasına göre doğum ağrısından korkma, epidural anestezi ile doğum olanağının az olması ya da yokluğu, önceki doğumlarda yaşanan kötü obstetrik anılar olarak sıralanmaktadır. Ayrıca gebelerin kendilerini takip eden doktorunun doğum anında bulunamaması nedeniyle sezaryeni tercih etme oranı sağlık personeli olmayan grupta % 26.7 iken, sağlık personelinde bu oran % 15 olarak bulunmuştur (82).

Çalışmamızda gebeliği kendiliğinden gerçekleşen bireylerin %36,9'u ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan bireylerin %33,3'ü sezaryen sonrası vajinal doğumu istemektedir. Kadınların gebeliğinin gerçekleşme şekline göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu sonuçta kadınların ikinci gebeliği olması ve ilk gebeliklerinde sezaryen doğum yapmış olmaları etkindir. İlk doğumu sezaryen yöntemiyle olan gebeler ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar riskli olabileceğini düşündükleri için vajinal doğumu düşünmemektedirler.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin %33,3'ü ve olmayan bireylerin %37'si sezaryen sonrası normal doğumu istemektedir. Kadınların kronik hastalık varlığına göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızda bir önceki doğumunu sezaryen yöntemiyle yapmış gebelerin ele alınmış olması ve gebelerin

tamamına yakınının (%92) şu anki gebeliklerinde doğum şeklinin sezaryen olacağı yönünde karar vermiş olması bu sonuğa etkili olmuştur.

Önceki gebeliklerinde doğum şekilleri ile ilgili bilgi alan kişilerin %35,2'si ve bilgi almayan kişilerin %53,3'ü sezaryen sonrası normal doğumu istemektedir. Kadınların önceki gebeliklerinde doğum şekilleri ile ilgili bilgi alma durumlarına göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Buradan kadınların doğum yöntemi seçiminde eğitimin etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Doğum yöntemleri ile ilgili verilen eğitimlerin amacına uygun verilmediği düşünülebilir. Diğer bir ifade ile de gebelerin doğum yöntemi ile ilgili bilgi aldıkları kaynakların yanlış ya da eksik bilgi ile gebelerin doğum yöntemini seçmesi üzerinde etkisi olduğu düşünülebilir.

Sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili bilgi alan kişilerin %33,3'ü ve bilgi almayan kişilerin %41'i sezaryen sonrası normal doğumu istemektedir. Kadınların sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili bilgi alma durumlarına göre sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Gebelerin bilgi aldıkları kaynakların yanlış ya da eksik bilgi vermesinden dolayı bu sonuca ulaşıldığı düşünölmektedir.

Kadınlara doğum yöntemleri hakkında yeterli bilginin verilmesi ile daha bilinçli olacakları doğuma ve doğum sonrası döneme daha iyi adapte olacakları düşünölmektedir. Doğum şeklinin karar verilmesinde de bu durum çok önemlidir. Kadınlar vajinal doğumun faydaları konusunda bilgilendirildiklerinde vajinal doğum daha fazla tercih edilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sezaryenle doğum yapmış olmak, takip eden doğumların mutlaka sezaryenle gerçekleşmesi gerektiği anlamına gelmemektedir. Daha önceden geçirilmiş sezaryen girişimi yeni bir sezaryen için gerçek bir endikasyon olmamasından dolayı sezaryenle doğum yapmış olan gebeler planlanan doğumları için uygun ve güvenli koşullarda vajinal doğuma yönlendirilebilirler. Literatürde hem anne hem de bebek açısından sezaryenin daha iyi olduğunu gösteren bilimsel çalışmaların yanında, vajinal doğumun hem anne hem de bebek sağlığı açısından daha iyi olduğunu gösteren çok daha fazla sayıda bilimsel çalışma bulunmaktadır. Burada önemli olan her gebeliğin farklı olması göz önüne alınarak, gebenin ve bebeğin durumu birlikte değerlendirilip doğum şekline karar verilmesidir.

Gebelik ve doğum süreci kadının hem fiziksel ruhsal durumunda hemde yaşam tarzında bazı önemli değişikliklere neden olmasına rağmen normal ve fizyolojik bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu süreci yaşayanların gebelik ve doğum süreci hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi, uygulanacak sağlık politikalarının oluşturulmasında etkili olabilir ve bu politikaların sahadaki uygulayıcısı olan sağlık profesyonellerinin bu konudaki çalışmalarına yön verilmesinde yardımcı olabilir.

Araştırma ve tartışma bölümünde ayrıntılı bir şekilde verilen bulgular ve bu alanda yapılmış olan önceki çalışmaların sonuçları da dikkate alınarak aşağıdaki öneriler de bulunulabilir;

1. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sunulmasında sağlık personelinin, gebe kadın ve ailesine; gebelik süresince doğum şekilleri ve eylemi konusunda yeterli, anlaşılır ve kişiye özel eğitim ve danışmanlık hizmetini vermesi, ve bu hizmetlere gebelerin kolaylıkla ulaşabilmelerini sağlayan gebe eğitim sınıflarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması,

2. Gebelerin korku ve endişelerini paylaşabileceği güvenli ortamlar oluşturmalı, sağlık personeli tarafından verilecek gebe eğitimlerinde gebeler doğum

korkusunu ifade etmeye cesaretlendirilmeli ve doğum korkusu ile baş etmelerine yardımcı olunmalı,

3. Doğum korkusunun oluşmasında en büyük etken olan doğumhane şartlarının düzeltilmesi ve doğumhanelerde annenin fiziksel ve ruhsal yönden destek alabileceği ortamların oluşturulması,

4. Toplumda yaygın olan sezaryen doğumun anne ve bebek için daha güvenli olduğu düşüncesinin yanlış olduğunun vurgulanması,

5. Gebelerin birinci doğumu sezaryenle yapmış olmalarından dolayı planladıkları doğumuda sezaryenle yapma eğiliminde olmaları beklenmekle birlikte gebelere sezaryen sonrası doğumun özel durumlar söz konusu değilse vajinal yolla yapabileceği konusunda daha fazla bilgilendirme yapılması,

6. Doğum şekli kararının verilmesinde en etkin kişi olan doktorların doğum şekillerine yönelik bakış açılarını belirleyici bir araştırma planlanması uygun olacaktır.

7. ÖZET

Sezaryen Yöntemi ile Doğum Yapan Kadınların Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma Bakış Açılarının İncelenmesi

Sezaryen sonrası vajinal doğum anne ve yeni doğan için yeterli donanım ve bakım koşullarının olduğu sağlık kuruluşlarında ailenin de onayı alınarak uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yöntemdir. Bu çalışmada sezaryen yöntemi ile doğum yapan kadınların sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesi ve elde edilen bulguların ortaya konması amaçlanmıştır.

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran en az bir kez doğum yapmış ve son doğumunu sezaryen yöntemi ile yapan 260 gebe kadından 15 Mart 2016- 31 Mayıs 2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşülerek anket çalışması yapılmıştır. Araştırmada kullanılan Veri Toplama Formuna son halini vermeden önce pilot çalışma yapılmış olup, pilot çalışma sonrası gerekli düzeltmeler yapılarak uygulanmaya hazır hale getirilmiştir. 43 sorudan oluşan Veri Toplama Formu, iki bölümden oluşmaktadır. Veri toplama formunun birinci bölümü **tanıtıcı bilgi formu**, ikinci bölümü **“Şu andaki gebelik öyküsü”** başlığı altında yer almıştır. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 19.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Katılımcıların %51,5'nin vajinal doğum için engel olmaması durumunda vajinal doğumu tercih edeceğini, %48,5'i ise tercihinin yine sezaryenden yana olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %36,2'sinin imkân olması durumunda sezaryen sonrası normal doğum yapmayı istediği, %63.8'inin ise istemediği görülmektedir. Katılımcıların sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı isteme sebepleri arasında doğum sonrası dönemi rahat geçirmek (%25), vajinal doğumu deneyimlemek (%19.5) yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doğum Yöntemleri, Sezaryen, Vajinal Doğum, Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

8. ABSTRACT

The Review of Perspectives of Women Who Had Delivery with Cesarean to The Vaginal Birth After Cesarean

Vaginal birth after caesarean section, is a practical and acceptable method by obtaining the consent of the family in the health institutions with adequate equipment and care conditions for mother and newborn. The review of perspectives of women who had delivery with cesarean to the vaginal birth after cesarean and revealing the findings are aimed in this study.

A total of 260 pregnant women who applied to Alanya Alaaddin Keykubat University Training and Research Hospital, Gynecology and Obstetrics Clinic at least once, and who performed their last birth by cesarean section were conducted survey research face to face between 15 March 2016 and 31 May 2016. A pilot study was conducted before finalizing the data collection form used in the research and necessary corrections were made for the implementation. The data collection form consisting of two parts and 43 questions. The first part of the data collection form under the title of introductory information form, the second part of the data collection form under the title of "Current Pregnancy History". The data obtained from the study were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 19.0 statistical package program.

Overall 51,5% of the participants stated that they would prefer vaginal delivery if there was no risk of complications for vaginal delivery, while 48,5% said that their preference was still cesarean section. 36,2% of the participants would like to have a normal birth after cesarean section while 63,8% of them do not want to. The main reasons for preferring a vaginal delivery of the participants is faster postpartum recovery (25%) and to experience vaginal delivery (19,5%).

Keywords: Delivery Methods, Cesarean Section, Vaginal Birth, Vaginal Birth After Cesarean Section

9. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. V. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2002.
2. Kılılı B. Denizli Honaz İlçesi 2009 Yılı Doğumlarının Değerlendirilmesi Sezeryan Sıklığı ve Buna Etkili Etmenler. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Prof. Dr. Mehmet Bostancı), 2011.
3. Güngör İ, Rathfisch GY. Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıtı Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009; 56-65.
4. Flamm B, Newman L, Thomas S et al. Vaginal birth after caesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. Obstetrics and Gynecology 1990; 76: 750-754.
5. Sarı M, Yılmaz N, Kırdıroğlu N. Sezeryan Sonrası Vaginal Doğum Sonuçlarımız. Türkiye Klinikleri Jinekolojisi Dergisi 1993:118-121.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery, ACOG Practice Bulletin. No: 54, Obstet Gynecol. Washington DC, 2004; 104: 203-212.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery, ACOG Practice Bulletin. No 54, Obstet Gynecol. 2010;104:203-212.(19).
8. Saymer FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3): 143-148.
9. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, ERİŞİM: 14.10.2014, <https://www.saglik.gov.tr>
10. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, ERİŞİM: 14.01.2015, <https://www.saglik.gov.tr>
11. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, ERİŞİM: 14.01. 2017, <https://www.saglik.gov.tr>
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, ERİŞİM: 14.10.2016 <https://www.saglik.gov.tr>
13. Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008:32-46.

14. İğde Artıran F. Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2004; 13(4): 137-139.
15. Aslam MF, Gilmour K, Fawdry RDS. Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2003; 23(4):364-366.
16. Konakçı SK, Kılıç B. Sezaryen ile Doğumlar Artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2002; 11(8): 286-288.
17. Güngör ES, Ertaş E, Moröy P, Çelen Ş, Danışman N, Mollamahmutoğlu L. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Güvenli midir? Perinatoloji Dergisi 2005; 13(4): 208-213.
18. Ertem G, Koçer A. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum. DirimTıp Gazetesi 2008; 82: 1-5.
19. Gözükara F. Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,(Prof. Dr. Kafiye Eroğlu), 2006.
20. Gül N. Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Necdet Süer), 2008.
21. Güzel M. Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Bilgi, Tutum ve Deneyimlerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, (Prof. Dr. M.Ali Kurçer) 2014.
22. Çakır, D. Doğum Tipi Değişkeninin Anne Bebek Etkileşimi ve Annenin Bebeğini Algılaması Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas,(Yrd. Doç. Dr. Özgür Alparslan) 2009.
23. Kızılkaya S. Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Doç. Dr. Nurdan Demirci), 2013.
24. Doğum Eylemi, <https://www.mumcu.com/html/article.php> ERIŞİM:20.06.2017
25. Vatansver, Z. Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Prof. Dr. Hülya Okumuş), 2009.

26. Bektaş E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum Ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Op. Dr. Esra Esim Büyükbayrak) 2008.
27. Serçekuş P, Okumuş H. Fears Associated With Childbirth Among Nulliparous Women In Turkey. Midwifery 2009; 25(2):155-62.
28. Bozkurt Ş. Normal Doğumda Ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Ergül Aslan) 2013.
29. Kara FŞ. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Murat Yayla), 2004.
30. Cesarean Section, [https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/ part1.html](https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html). ERİŞİM: 07.12.2017.
31. Karakaplan S. Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız Eryılmaz), 2007.
32. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M. 1995-1999 Yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları, Perinatoloji Dergisi 2000; 8(3):94 – 98.
33. Sağlık Bakanlığı Aile Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010. ERİŞİM:10.10.2014.
34. Borlu A. Kayseri Kentsel Alanda Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekli Konusundaki Düşünce ve Davranışları. E.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri,(Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya) 2008.
35. Yaşar Ö. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Yrd. Doç. Dr. F Kır-Şahin), 2006.
36. Şahin NH. Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3): 93-98.
37. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004-2006 Yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2007; 4(3): 168- 72.
38. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (Eds), (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, s.580-581.

39. Tanrıverdi HA, Aktunç E, Dölen İ. Sezaryen operasyonlarında karşılaşılan cerrahi komplikasyonlar. *Artemis* 2003;January, 4(1):27-32.
40. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ*, 2008; 336(7635): 1-7.
41. McMahon MJ. Vaginal Birth After Cesarean. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1998, 41(2): 369-381.
42. Yanikkerem E, Göker A, Piro N. Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Düşünceleri ve Aldıkları Bakım Memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi* 2013;29(2):75-81.
43. Beatriz Velho M., Atherinodos Santos E.K., Brüggemann O.B., Camargo B.V. (2012). Experience with vaginal birth versus cesarean child birth: integrative review of women's perceptions. *Text Context Nursing*, 21(2), 458-466.
44. Çoker H. Hamilelikte Lamaze Felsefesi. <https://www.dogaldogum.com>.
ERİŞİM: 10.10.2017
45. Fenwick J, Midhons L.S, Creedy D.K, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery* 2010; 26:394-400.
46. Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007;114(1):86-93.
47. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Perinatoloji Dergisi* 2009; 17(3): 104-113.
48. Vatansever Z. Okumuş H. Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013,6 (2), 82-87.
49. Taşçı Duran E, Ünsal Atan Ş. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi* 2011; 21(3): 83-88.
50. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and Postpartum Levels of Childbirth Fear and The Relationship to Birth Outcomes in a Cohort of Australian Women. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(5): 667-77.
51. Kasai KE. Women's opinions about mode of birth in Brazil: A qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery* 2010;26: 319-26.

52. Duman Z, Köken NG, Şahin FG, Coşar E, Arıöz DT, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatal Dergisi 2007; 15:1-7.
53. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalı? Türkiye’de ve Dünyada güncel ne?. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 2004;7:113-7.
54. Uçar T, Gölbaşı C. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(2):54-58.
55. Yağmur Y, Çubuk Mutlu M. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerine Sağlık Eğitiminin Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6 (1): 7-11.
56. Yakut Yüksel E. Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın,(Doç. Dr. Nevin Akdolun Balkaya) 2015.
57. Oktay S. Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2012.
58. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 2008, 37(1):106–115.
59. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(3): 210-218.
60. Shamsa A, Bai J, Raviraj P, Gyaneshwar, R. (2013) “Mode of Delivery and Its Associated Maternal and Neonatal Outcomes”. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 3:307-312
61. Liu S, Liston MS, Joseph KS, Heaman M, Sauve RG, Kramer MS. (2007).“Maternal Mortality and Severe Morbidity Associated with Low-Risk Planned Cesarean Delivery Versus Planned Vaginal Delivery at Term”.Canadian Medical Association Journal 176(4):455.
62. Gümüş İİ, Kamalak Z. Sezaryen Sonrası Her Hastaya Normal Vajinal Doğum Denenebilir mi? İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2010;73:1; 33-37.
63. Etik Kurul Formlar
https://www.etikkurul.hacettepe.edu.tr/ekler/formlar_yerel/epidemiyolojik120516.pdf, ERİŞİM: 31.07.2017
64. Araştırma Teknikleri, <http://www.file.toraks.org.tr>
ERİŞİM: 31.07.2017.
65. Çaparlar CÖ, Dönmez A. Bilimsel Araştırma Nedir, Nasıl Yapılır?.Türk J. Anaesthesiol Reanimasyon Dergisi 2016; 44: 212-8.

66. Konakçı S, Kılıç B. İzmir’de sezaryen sıklığı ve buna etki eden faktörler. T. Klin. Jinekoloj Obst. 2004; 14(2):88-95.
67. World Health Organization. Appropriate Technology For Birth. Lancet, 1985; 2: 436-7.
68. TÜİK, 2017. Haber Bülteni. Sayı: 24643, 7 Mart 2017.
69. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Aksu Tanık F. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 9(1): 1-15.
70. Yaşar Ö, Kır-Şahin, F, Coşar E, Nadirgil-Köken G, Cevrioğlu, AS. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2007;17(6):414.
71. Yayla M, Baytur Y. Çok merkezli çoğul gebelik çalışması. Epidemiyoloji Perinatoloji Dergisi 2008; 16(1): 1-8.
72. Özkar F. Gaziantep-Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Normal Doğum ve Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşünceler. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Doç. Dr. Mehmet Yılmaz), 2011.
73. Atan ŞÜ, Duran ET, Kavlak O, Dönmez S, Sevil U. Spontaneous vaginal delivery or caesarean section? What do Turkish women think?. International Journal of Nursing Practice 2013; 19: 1–7.
74. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2).
75. Angeja ACE, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women’s preferences regarding mode of delivery: Which do they prefer and why? British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2006; 113: 1253–1258.
76. Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah J, Samba A, Hindin M. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. Ghana Medical Journal 2009; 43: 29–33.
77. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? Birth 2003; 30: 89–93.
78. Gamble JA, Creedy DK. Women’s preference for a cesarean section: Incidence and associated factors. Birth 2001; 28: 101–110.
79. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E. Manisa Doğumevi’nde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp Dergisi 2008;47(2):87-92.

80. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 Yılları Arasında Sezeryan Oranı ve Endikasyonları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2006; 3(4): 249-254.
81. Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. Dicle Üniversitesinde 20 Yıllık Sezeryan Oranları ve Endikasyonları. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 2003; Cilt:13; 356-360.
82. Akyol A, Gönen Yağcı Ş, İsmet A. Tekirdağ sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi 2011; 3: 55-63.



BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tezi Hazırlayan

Gülkan GÜVEN AY

İmza

Danışman

Doç.Dr.Emel TAŞÇI DURAN

İmza

EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

İLK DOĞUMUNU SEZARYEN DOĞUM YAPAN KADINLARIN İKİNCİ DOĞUMDA NORMAL DOĞUMA BAKIŞ AÇILARINI ARAŞTIRMA/DEĞERLENDİRME FORMU SOSYO-DEMOGROFİK ÖZELLİKLER

1) Kaç yaşındasınız?

- a) 15-19 b) 20-24 c) 25-29 d) 30-34 e) 35-39

2)Eğitim durumunuz nedir?

- a)Okur yazar değil b)İlköğretim c)ortaöğretim d) lise
e)Üniversite

3)Mesleğiniz nedir?

- a)Ev hanımı b)Memur c)İşçi d)Diğer.....

4)Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a)Okur yazar değil b)İlköğretim c)ortaöğretim
d) lise e)Üniversite

5)Eşinizin mesleği nedir?

- a) Memur b) İşçi c) Esnaf d) İşsiz e) Diğer ...

6) Şu anki ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a)Gelir giderden az b)Gelir gidere eşit c)Gelir giderden fazla

7)Sosyal güvenceniz nedir?

- a)Sağlık güvencesi yok b)Genel sağlık sigortası c)Özel sağlık sigortası

8) Düşük, küretaj veya ölü doğumla sonuçlanan gebelikleriniz oldu mu?

- a) Hayır b) Evet

9) 8.soruya cevabınız evet ise noktalı yerlere sayılarını belirtiniz

.... kez düşük, kez küretaj, kez ölü doğum

SU ANDAKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

10) Gebelik haftanız.....

11) Gebeliğinizi isteyerek/planlayarak mı gerçekleştirdiniz?

- a) Hayır b) Evet

12) Gebeliğinizin oluş şekli hangisidir?

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

13) İlk doğumunuzla bu gebelikte planlanan doğum tarihiniz arasında geçen süreyi belirtiniz.....

14) Gebeliğiniz süresince kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduunuz?

- a) ayda bir b) iki ayda bir c) bu zamana kadar bir kez d) ilk defa
başvuruyorum

15) Gebeliğiniz süresince sağlık kontrollerinizi nerede yaptırduunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Aile sağlığı merkezi b) Devlet hastanesi c) Özel hastane-poliklinik
d) Özel muayenehane

16) Gebeliğiniz süresince sağlık kontrolleriniz hangi sağlık personeli tarafından yapıldı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Ebe-Hemşire b) Aile hekimi c) Doğum uzmanı

17) Gebeliğinizin başından bu zamana kadar herhangi bir problem yaşadınız mı?

- a) Normal bir gebelik dönemi geçirdim b) Küçük problemler yaşadım,
önemsizdi.
c) Ciddi problemler yaşadım. Belirtiniz.....

18) Gebeliğunuze etki edebilecek herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a)
Yok b) Var

19) Varsa nedir işaretleyiniz. (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Diyabet b) Kalp hastalığı c) Böbrek hastalığı d) Yüksek tansiyon
e) Diğer(belirtiniz)

İLK GEBELİK VE DOĞUM İLE İLGİLİ VERİLER

20) İlk doğumunuzu gebeliğinizin kaçınıcı haftasında yaptınız?.....

21) İlk gebelikte doğum şekilleri ile ilgili bilgi aldınız mı?

- a) Aldım b) Almadım (cevap almadım ise 22. soruyu atlayabilirsiniz)

22) Normal doğum ve sezaryen konusundaki bilgilerinizi nereden aldınız?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Arkadaşlardan ve daha önce doğum yapanlardan
- b) Doktorum detaylı bilgi verdi
- c) Ebe ya da hemşireden
- d) Gazete, televizyon ve dergilerden
- e) İnternette

23) İlk doğumunuzda doğum şekline kim karar verdi?

- a) Kendim
- b) Esim ve ben
- c) Doktor
- d) Doktorla birlikte ben

24) Doğum şekline siz karar verdiyseniz sebebi ne idi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Sezaryen doğumun daha az ağrılı olduğunu düşünmem
- b) Bebeğim ve benim için daha güvenli olduğunu düşünmem
- c) Doğum yırtıklarının olmasını istemediğim için
- d) Çabuk olduğu için
- e) Doğumhane korkum olduğu için

25) Doğum şekline doktorunuz karar verdiyse sezaryen doğuma karar verme nedenini belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Suyun erken gelmesi
- b) Bebeğin yerleşmesi ile ilgili problem
- c) Bebeğe problem yaşanması
- d) Yetersiz sancı
- e) Kanamanın olması
- f) Kordon dolanması
- g) Kıymetli bebek / tedavi ile bebek sahibi olma
- h) diğeri.....

26) İlk doğumunuzda ilk belirlediğiniz doğum şekli kararınız değişti mi?

- a) Hayır
- b) Evet

27) 26. soruya cevabınız evet ise nedeni neydi?

- a) Doğum yaklaştıkça doğum ağrısından korktuğum için
- b) Doktorum benim için uygun olan doğum yönteminin sezaryen doğum olduğunu söylediği için
- c) Gebeliğimde miad geçmesi, makat geliş, iri bebek, ikiz gebelik, yetersiz sancı, kordon dolanması gibi faktörlerden birinin ya da birkaçının varlığı
- d) Sezaryen doğumun hem benim hem de bebeğim için daha uygun olduğunu düşünmem

- e) Eşimin sezaryen doğum yapmamı istemesi
- f) Kıymetli bebek / tedavi ile bebek sahibi olma

28) Normal doğum yapmanıza engel olan herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsanız hangi doğum şeklini tercih ederdiniz.?

- a) Normal doğum
- b) Sezaryen

29) Sezeryan sonrası normal doğum olabileceği hakkında bilginiz var mı

- a) hayır
- b) evet

30) 29. soruya cevabınız evet ise bu bilgiyi kimden aldınız? a) Doktordan b) Ebe ve hemşirelerden c) İnternette d) Sezeryan sonrası normal doğum yapan arkadaşından

31) Sezeryan sonrası normal doğum yapmanın anne ve bebek için riskleri var mıdır?

- a) hayır
- b) evet
- c) bilmiyorum

32) 31. soruya cevabınız evet ise ne gibi risklerle karşılaşacağınızı düşünürsünüz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Eski kesi yerimde gerilmeye bağlı yırtık oluşabilir
- b) Bebeğim için riskler olabilir
- c) Doğum süresi uzayabilir daha çok ağrı çekebilirim
- d) Normal doğumda takibimi yapan doktor doğuma katılmayabilir bu durum hem benim için hem bebeğim için risk oluşturabilir.
- e) Enfeksiyon riski olabilir
- f) Diğer

33) Sezeryan sonrası normal doğum yapmanın anne ve bebek için yararları var mıdır?

- a) Hayır
- b) Evet
- c) Bilmiyorum

34) 33.soruya cevabınız evet ise ne gibi yararları vardır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Karnımda yeni bir kesik oluşmaz
- b) İyileşme sürecim hızlanır
- c) Yeniden bir cerrahi müdahale geçirmem
- d) Daha ekonomik olur

35) Şu anki gebeliğiniz için doğum şekline karar verdiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet

36) Doğum şekli kararını kim verdi?

- a)Kendim b)Esim ve ben c)Doktor d)Doktorla birlikte ben

37) Doğum şekli kararınız nedir?

- a)sezeryan doğum
b)normal doğum

38) 37. soruda sezeryan doğumu işaretlediyseniz nedeni nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Daha az ağrılı\Doğum ağrılarından korkuyorum d) Bebeğim için daha güvenli
b) Doğum yırtıklarının olmasını istemiyorum e) Çabuk olduğu için
c) Kadın için ve doktor için daha kolay f) İlk doğumum sezeryan olduğu için

39) 37.soruda normal doğum işaretlediyseniz nedeni nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Daha doğal olması f) Bebek için daha uygun olması
b) Doğum sonrası daha az ağrı olması g) Hastanede kalış süresinin daha az olması
c) Doğum sonrası normal hayata daha kolay dönülmesi
d) Sezaryenden/ameliyattan korkma h) Doktorların önerisi
e) Doğum deneyini yaşamak isteme i) Diğer.....

40) Kendinizi sezaryen sonrası normal doğum için bir aday olarak düşünür müsünüz?

- a) Hayır b) Evet

41) 40. soruya cevabınız hayır ise nedeni nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Kendimi sezaryen doğuma hazırlamış olmam
b) Takiplerimde bebeğimin iri bebek olabileceğinin söylenmesi
c) Önceki doğumumda rahim yırtılması öyküm olması
d) Çatı yapımın normal doğum yapmaya uygun olmaması
e) Sezaryen sonrası vajinal doğum yöntemini takibimi yapan doktorumun kabul etmemesi

42) 40. soruya cevabınız evet ise nedeni nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Normal doğumu deneyimlemek istiyorum
- b) Normal doğumun hem benim için hem de bebeğim için daha doğal bir yöntem olduğunu düşünüyorum
- c) Doğum sonrası dönemi daha rahat geçirmek istiyorum
- d) Bebeğimin dünyaya gelişini her anıyla yaşamak istiyorum.
- e) Bir kez daha ameliyat olmak istemiyorum

43) Doktorunuzla sezaryen sonrası vajinal doğum konusunda konuştunuz mu?

- a) hayır
- b) evet



EK: 2

ANTALYA ALANYA DEVLET HASTANESİ -
ANTALYA ALANYA DEVLET HASTANESİ GENEL
EVRAK BİRİMİ
17/03/2016 16:37 / 1446



ALANYA DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Süleyman Demirel Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliğinde
yükseklisans yapmaktayım. Tez çalışmam için gerekli olan anket çalışmasını kadın
hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebe kadınlar ile yapmak istiyorum.
Gerekli müsadenin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Gülkan AY
17.03.2016

İzmir
17/03/2016

Yapınır
ANTALYA DEVLET HASTANESİ
Yakın Hastalıklar Kliniği
Sağlık Bakım Hiz. Müdürü



Ek: 3

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572-050- 1151
Konu : Etik Kurul Kararı

24 Mart 2016

Sayın Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN
Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümü

Sorumlu araştırmacı olduğunuz “İlk Doğumunu Sezaryen Yöntemi İle Yapan Kadınların İkinci Doğuma Yönelik Vajinal Doğuma Bakış Açılarının İncelenmesi” isimli çalışmanızın kurumumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 16/03/2016 tarih ve 48 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Başkan

Ek : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampusu 32260 - ISPARTA
Tel : 0 (246) 2113704 Faks : 0 (246) 2371165
e-posta : tipetik@sdu.edu.tr İnternet Adresi : www.tip.sdu.edu.tr

Bilgi İçin : İ.Etem YETİŞEN
Bilgisayar İşletmeni
Tel : 0 (246) 2113704

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		İlk Doğumunu Sezaryen Yöntemi İle Yapan Kadınların İkinci Doğuma Yönelik Vajinal Doğuma Bakış Açılarının İncelenmesi. (16.03.2016 tarih ve 48 sayılı karar)			
Araştırmanın Protokol Kodu					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz : Anket				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	ÇÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	Anket Örneği			

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		İlk Doğumunu Sezaryen Yöntemi İle Yapan Kadınların İkinci Doğuma Yönelik							
Araştırmanın Protokol Kodu		Vajinal Doğuma Bakış Açılarının İncelenmesi.							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 48		Tarih: 16.03.2016						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mustafa AKÇAM							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil DEMİRCİ	Nöroloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Metin TOPÇUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZBAŞ	Tıbbi Genetik	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. İbrahim ERSOY	Kardiyoloji	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Murat YILDIRIM	Kalp ve Damar Cerrahisi	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Mühendis Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	S.D.Ü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* : Toplantıda Bulunma

Ö Z G E Ç M İ Ş

Adı ve SOYADI : Gülkan GÜVEN AY
Doğum Yeri – Tarihi : Gazipaşa 12.01.1986
Eğitim Durumu : Lisans
Mezun Olduğu Lise : Gazipaşa Anadolu Lisesi
Lisans Diploması : Akdeniz Üniversitesi Antalya, Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik
Yüksek Lisans :Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yabancı Dil / Dille : İngilizce
İş Deneyimi :2009-2010 İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi
2010-2011 Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi Hemşire
2012-Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşire
E-Posta : gulkanguven07@gmail.com