

**T.C.**  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**  
Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. N. Cenk SAYIN

**ANTENATAL BAKIMIN SEZARYEN VE NORMAL**  
**VAJİNAL DOĞUM ÜZERİNE ETKİLERİNİN**  
**BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Yeliz YILDIRIM VARIŞOĞLU**

EDİRNE – 2009

## **TEŞEKKÜR**

Tez çalıőmam sűresince gűstermiő olduėu ilgi, hoőgűrű, sabır ve yűnlendirmeleriyle sonuca ulaőmamda sonsuz destek aldıėım danıőman hocam Doç. Dr. N. Cenk SAYIN'a, İstatistiksel deėerlendirmede yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr Galip EKUKLU'ya, Yűksek lisans űėrenimimizde bize destek olan Prof. Dr. Fűsun Varol'a, çalıőmayı yapmama olanak saėlayan İstanbul İl Saėlık Műdűrlűėű'ne ve Beőiktaő Saėlık Grup Baőkanlıėı'na, Yardım ve desteklerini esirgemeyen Dikilitaő Saėlık Ocaėı personeline teőekkűr ederim.

YELİZ YILDIRIM VARIŞOğLU

## İÇİNDEKİLER

	SAYFA
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
ANTENATAL BAKIM PROGRAMLARI	3
ANTENATAL BAKIM ALGORİTMASI	4
PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE EĞİTİM	4
İLK PRENATAL DEĞERLENDİRME	6
FETAL SAĞLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ	8
GEBELİKTE SIK KARŞILAŞILAN KOMPLİKASYONLAR	12
GEBELİKTE ANNEYE VERİLECEK DANIŞMANLIK HİZMETLERİ	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER	23
BULGULAR	26
TARTIŞMA	40
SONUÇLAR	51
ÖZET	53
SUMMARY	55
KAYNAKLAR	57
RESİMLEMELER LİSTESİ	65
ÖZGEÇMİŞ	67
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR

**AKŞ:** Açlık kan şekeri

**BFP:** Biyofiziksel profil

**BPD:** Biparietal diameter (Bipariyetal çap)

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention (Amerikan Hastalıklarla Mücadele ve Korunma Merkezi)

**CRL:** Crown-rump length (Baş popo uzunluğu)

**CST:** Kontraksiyon stres test

**CVS:** Koryonik villus örnekleme

**C/S:** Sezaryen

**CMV:** Sitomegalovirüs

**CPD:** Cephalo-pelvik disproporsiyon (Baş pelvis uyumsuzluğu)

**ÇKS:** Çocuk kalp sesleri

**DÖB:** Doğum öncesi bakım

**DSÖ:** Dünya sağlık örgütü

**DS:** Down sendromu

**DDA:** Düşük doğum ağırlığı

**DM:** Diyabetes mellitus

**EMR:** Erken membran rüptürü

**FDA:** Food and drug administrion (Gıda ve İlaç Dairesi)

**GDM:** Gestasyonel diyabetes mellitus

**IUGG:** İntra uterin gelişme geriliği

**NVD:** Normal vajinal doğum

**NT:** Nukal translüens

**NST:** Non stres test

**OGTT:** Oral glukoz tolerans testi

**RDS:** Respiratuvar distres sendromu

**SSS:** Santral sinir sistemi

**TNSA:** Türkiye nüfus ve sağlık araştırması

**USG:** Ultrasonografi

**VKI:** Vücut kitle indeksi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Antenatal bakım “American Academy of Pediatrics” ve “American Collage of Obstetricians and Gynecologists” tarafından tercihen prekonsepsiyonel dönemde başlayıp tüm antepartum dönem boyunca devam eden, tıbbi bakım ve psikososyal destek sağlanmasına yönelik geniş kapsamlı bir doğum öncesi bakım programı olarak tanımlanmıştır (1). Toplam canlı doğumların %14 kadarını riskli gruba sokan problemler antenatal bakımla gün ışığına çıkabilir. Bu problemler gebelik hipertansiyonu (%3.7), diyabet (%2.6), anemi (%2.2), önceki preterm doğum (%1.2), akut ya da kronik akciğer hastalığı (%1.2), genital herpes (%0.8), kronik hipertansiyon (%0.7), Rh sensitizasyonu (%0.7), kalp hastalığı (%0.5), renal hastalık (%0.3), servikal yetmezlik (%0.3) ve hemoglobinoopatiler (%0.1) olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Antenatal bakımın temel amacı gebeliğin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır. Antenatal bakımın özel amaçları ise annede gebelikten önce var olan hastalıkları saptamak, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini, gerekirse sevkini sağlamak, riskli gebelikleri saptamak, fetusu intrauterin izlemek, anneyi tetanoza karşı bağışık kılmak, doğumun nerede, nasıl, kim tarafından yapılacağına karar vermek, anneyi beslemek, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu aile planlaması yöntemleri konusunda eğitimidir (3). İyi bir antenatal bakım gebe kalmadan önce başlamalıdır. Antenatal bakımın erken dönemde başlaması gebelikte oluşabilecek riskleri erken dönemde saptayarak gerekli önlemlerin alınması ve anne sağlığı düzeyinin yükseltilmesi açısından oldukça önemlidir (4).

Ulusal anne ölümleri 2005 çalışmasına göre Türkiye geneli için gebeliğe bağlı ölüm oranı 100 000 canlı doğumda 38.3 olarak bulunmuştur. Gebeliğe bağlı ölümlerin 15-49 yaş grubundaki kadın ölümleri içindeki payı %4.3'tür. Doğrudan anne ölüm nedenleri, gebelikle

birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik durumlara direkt bağı olan nedenlerdir. En belirgin olanlar ise hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, sezaryen sırasındaki cerrahi ya da anestezi komplikasyonlarıdır. Doğumdan önce sağlık hizmetlerinden yararlanmayan kadınların bebeklerinde bir yaşından önce ölüm olasılığının dört kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (5).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre anne ölümlerinin %11.5'i önlenemez, %15.7'si bilgi yetersizliği, %20.4'ü ileri koşullarda önlenebilirdi, %52.5'i mevcut koşullarda önlenebilirdi şeklinde sonuçlara varılmıştır. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi yeterli doğum öncesi bakımla neredeyse anne ölümlerinin %90'ı önlenebilecektir. TNSA 2003 sonuçlarına göre neonatal ölüm hızı binde 17, postnatal ölüm hızı binde 12 olmak üzere bebek ölüm hızı binde 29'dur. Yenidoğan ölümlerinin başlıca nedenleri, esas olarak annenin sağlığı ve doğum yapmadan önce, doğum sürecinde ve doğumdan hemen sonra aldığı hizmet ile bağlantılıdır. Yenidoğan ölümlerinin yaklaşık %75'inin, kadınlar yeterince beslenmiş ve hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde uygun hizmet almış olsalardı önlenmiş olabileceği tartışılmaktadır (6).

Araştırmamızda amacımız İstanbul Beşiktaş Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde son bir yılda doğum yapmış kadınların antenatal bakım alma durumlarının sezaryen ve normal vajinal doğum (NVD)'a etkilerini saptamaktır. Bu sayede İstanbul ilinde ülkemizin en gelişmiş ilçelerinden biri olan Beşiktaş'ta antenatal bakım alma durumu, doğum tercihleri, sezaryen oranları ile ilgili veri tabanı oluşturulabilecektir.

## **GENEL BİLGİLER**

Prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak da adlandırılan doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir (1,2,4,7-8). İlk kez Boston'da yirminci yüzyılın başında DÖB gündeme gelmiştir. Boston Hemşire Birliği'nin hemşireleri gebe kadınların sağlığına katkıda bulunabilmek amacı ile Boston "Lying-In" Hastanesi'nde kayıtlı tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Bu ev ziyaretleri ile büyük başarı sağlanmış hekimlerin de desteği ile önemli bir koruyucu hekimlik uygulaması olarak DÖB hizmetinin ortaya çıkmasına yol açmıştır (9). TNSA 2008 sonuçlarına göre, Türkiye genelinde gebelikte en az bir kez DÖB hizmeti alma sıklığı %92'dir. Doğum öncesi bakımın hemen tamamının doktordan alınmış olması dikkati çekmektedir. Doğum öncesi bakım alma oranı, kırsal yerleşim yerlerinde yüzde 84'e; Doğu'da ve eğitimsiz anneler arasında yüzde 80'nin hemen altına; 6 ve daha fazla çocuğu olan anneler arasında ise yüzde 72'ye gerilemektedir (10).

### **ANTENATAL BAKIM PROGRAMLARI**

Gelişmekte olan ülkelerde uygulanan antenatal bakım programlarının çoğu gelişmiş ülkelerde kullanılan programların ana hatlarında, bölgesel şartlara göre ufak değişimler yapmak koşulu ile düzenlenerek uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), farklı antenatal bakım modellerinin etkinliklerini test etmek için 2001 yılında randomize kontrollü çalışmaları sistematik olarak gözden geçirmiştir. Bu çalışmalarda gebelerin memnuniyeti, bakımın maliyeti, preeklampsi, üriner sistem enfeksiyonları, postpartum anemi, maternal ve perinatal mortalite gibi sonuçlar kıyaslanmıştır.

DSÖ'nün öngördüğü modele göre standart antenatal bakım modelinde 30. gebelik haftasına kadar her ay, 36. gebelik haftasına kadar iki haftada bir ve bundan sonra haftada bir olmak üzere kadınların gebelikleri sırasında yaklaşık olarak 10-12 kez muayeneleri gerekmektedir. Azaltılmış antenatal muayene sayıları olan model ile standart modelin karşılaştırıldığı çalışmalarda preeklampsi, idrar yolu enfeksiyonu, maternal mortalite ve postpartum anemi açısından bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlara bakılarak DSÖ'nün yeni modeli antenatal bakıma gelen gebeleri sadece rutin antenatal bakım gereken gebeler ve bazı özel sağlık durumları ve risk faktörleri nedeni ile özel bakım gerektiren gebeler olarak iki gruba ayırmaktır. İlk gruba giren gebelere standart 4 antenatal muayene önerilmekte ve bu muayenelerde sadece gebe muayenesi ve amaca yönelik testler uygulanmaktadır (11).

## **ANTENATAL BAKIM ALGORİTMASI**

### **1.Hedef Kitle**

Gebe olan ve gebeliği düşünen kadınların tümüdür.

### **2.Doğum Öncesi Muayenelerin Sayısı**

Standart bakım modeline göre doğum öncesi muayenelerin sayısı 11 olmalıdır. Konsepsiyon öncesi muayene de eklenecek olursa muayene sayısı 12 olacaktır. Multiparlarda muayene sayısı 7 ile sınırlandırılabilir (11).

### **3.Risk Profiline Saptanması**

Gebenin obstetrik öyküsü, şimdiki gebeliği ve genel sağlık problemleri ile ilgili sorular hızlı değerlendirme formunda değerlendirilir. Bu sorulardan herhangi birine evet cevabı alındığında bu gebe risk taşımayan gebe grubundan çıkarılmalıdır. Ayrıntılı risk değerlendirme formunda, konsepsiyon öncesi ya da ilk prenatal muayenede erken doğum yönünden değiştirilebilir risk faktörleri, kullanılan ilaç ya da reçetesiz satılan ilaçlar, iş yerinde karşılaşılan kimyasal ajanlar ya da enfeksiyon ajanları, herediter hastalıklar, emosyonel öykü ya da cinsel istismar, beslenme yeterliliği ve madde bağımlılığı gibi konularda anne adayından bilgi alınmalıdır (11).

## **PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE EĞİTİM**

Prekonsepsiyonel dönemde perinatal sonucu etkileyebilecek tüm faktörler tanımlanabilir, riskler belirlenebilir ve aile öyküsü, tıbbi ve obstetrik öykü ve özellikli testlerle ortaya konan patolojilerin olumsuz etkilerinden korunmayı sağlayan stratejiler



geliştirilebilir. Eğer gebelik planlanıyorsa, temel fizik ve laboratuvar değerlendirmesinin yanında risk değerlendirmesi de yapılmalıdır. Bu amaçla aşağıdaki konular hakkında danışmanlık verilmelidir:

1. Rubella titresine bakılmalı ve duyarlı kişiler aşılmalıdır.
2. Suçiçeği öyküsü olmayanlarda varicella titresi ve aşılama önerilmektedir. Bu aşılarından sonra 3 ay süreyle kontrasepsiyon gerekmektedir.
3. Toksoplazma taraması yapılmalı ve negatif olanlar konjenital toksoplazmozis riski nedeniyle kedilerle temas ve çiğ et yenmesinden kaçınmalıdır. Pozitif olanlara ise risk olmadığına ilişkin güven verilmelidir.
4. Uygun kişilere hepatit B immünizasyonu ve human immunodeficiency virus (HIV) testi önerilmelidir
5. Uygun popülasyonlarda Tay-sachs hastalığı, Canavan hastalığı, kistik fibrozis ve hemoglobinopatiler açısından taşıyıcılık araştırılmalıdır.
6. Gebelik öncesinde anemi, üriner enfeksiyon ve hipotiroidi gibi tıbbi sorunlar açısından değerlendirilip tedavi yapılmalıdır.
7. Eğer hasta obez ise gebelik öncesinde kilo vermesi önerilmelidir.
8. Diyabet, hipertansiyon ya da sistemik lupus eritromatozus açısından diğer hekimler tarafından takip edilmekte olan hastalar gebelik öncesinde değerlendirilmeli ve gerekli danışma hizmeti verilmelidir.
9. Diyabet ve fenilketonüri söz konusu olduğunda konsepsiyon öncesinde biyokimyasal düzenleme sağlanmalıdır.
10. İlaç, alkol ve sigara kullanımı konusunda bilgi verilmelidir. Bu dönemde ayrıca birinci trimesterde ilaç kullanımından kaçınılması, diyet, egzersiz ve mesleki maruziyetler açısından tavsiyede bulunulmalıdır.
11. Nöral tüp defektlerinin insidansı 1000 canlı doğumda 1-2 arasındadır ve kardiyak anomalilerden sonra ikinci en sık yapısal fetal malformasyondur. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) doğurganlık çağında ve gebelik potansiyeli olan tüm kadınlara günde 0.4mg folik asit desteği önermektedir. Folik asit desteği ile nöral tüp defekti insidansının azaldığı gösterilmiştir. Daha önceden nöral tüp defekli çocuğu olanlara ise konsepsiyondan 4 hafta önce başlanıp gebeliğin ilk 3 ayı devam etmek üzere günde 4 mg folik asit önerilmektedir.
12. Akraba evliliği ve genetik hastalıklar sorgulanmalıdır.

13. Kan gruplarının tayini yapılmalı, adolesan veya 35 yaş üstü gebelik isteyen kişilerde gebeliğin olası riskleri anlatılarak bu dönemde daha yakın bir takip gerekeceği anlatılmalıdır.

14. Sağlıklı ve dengeli beslenmeleri önerilmelidir.

15. Gebelik oluştuğunda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

16. Gestasyonel yaşın belirlenmesi amacıyla menstruasyon başlangıcının takvime işaretlenmesi önerilmektedir (1,12).

### **İLK PRENATAL DEĞERLENDİRME**

İlk prenatal değerlendirmede başlıca amaçlar anne ve fetusun sağlık durumunu belirlemek, fetusun gestasyonel yaşını tayin etmek ve obstetrik bakım planını çizmektir (13). Prenatal kayıt antepartum ve intrapartum tedaviyi kolaylaştırır. İyi bir antenatal takip için fetusun gestasyonel yaşı tam olarak bilinmelidir (2). Ortalama gebelik süresi son normal menstruasyonun ilk günü dikkate alınarak hesaplandığında 280 gün ya da 40 haftadır. Naegele kuralına göre, muhtemel doğum tarihi son normal menstruasyonun ilk gününe 7 gün eklenip 3 ay çıkartılarak bulunabilir (1).

Prenatal bakımda ilk muayene sırasında değerlendirilmesi önerilen parametreler: genetik, tıbbi, obstetrik ve psikososyal faktörleri içeren risk değerlendirmesi, tahmini süre, laboratuvar testleri ve gebenin gereksinimlerine göre eğitim vermektir (13). Antenatal takipler sırasında yapılması gereken testler Tablo 1’de verilmiştir.

Normal gebelerde doğum öncesi kontroller 28. gebelik haftasına kadar ayda 1 kez, 28-36. haftalar arasında 15 günde 1 kez, bundan sonra doğuma kadar haftada 1 kez yapılmalıdır (13). İlk muayeneden sonra rutin prenatal bakımda değerlendirilmesi önerilen parametreler Tablo 2’de verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın yaklaşımına göre, her gebenin gebeliğin başlangıcından itibaren saptanarak en az 6 kez izlenmesi hedef alınmıştır (14). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2004 yılı verilerine göre sağlık ocaklarında yapılan bebek başına düşen ortalama izlem sayısı 4.28, gebe başına düşen ortalama izlem sayısı 2.15, lohusa başına düşen izlem sayısı 0.8’dir (15).

**Tablo 1. Antenatal Tarama Testleri (15)**

Kan grubu ve antikor tayini	Tüm gebelere ilk antenatal kontrol sırasında ABO/Rh grubu istenmelidir
Rubella	İlk kontrolde rubella immunglobulin G taraması
Hepatit B	İlk kontrolde HBsAg taranmalı ve riskli gebelerde tarama 3. trimesterde tekrarlanmalı
Sifiliz	İlk kontrolde VDRL ya da RDR taranmalı. 16. haftadan önce tedavi edildiğinde fetal hastalık önlenir.
Hemoglobinopatiler ve demir eksikliği anemisi	Beta-talasemi taraması indekslerin incelenmesi ile başlar ve her gebe için mutlaka uygulanmalıdır.
Asemptomatik bakteriüri	Gebelerde sıklığı %5-10'dur. Tedavi edilmeyenlerde gebelik süresince %13-27 pyelonefrit gelişebilir. İdeal yöntem 12.-16.haftada idrar kültürü yapılmasıdır.
HIV	İlk kontrolde anti-HIV taranmalı
Bakteriyel vajinozis	Preterm öyküsü olan riskli vakalarda taranmalı
Diyabet taraması	24-28. haftada 50 gr oral glukoz alımından 1 saat sonra plazma glukoz düzeyi > 130mg/dl ise test pozitifdir. Sonuç yüksek ise 75 gr ile 0-1-2 saat oral glukoz tolerans testi (OGTT) istenmeli
Pap smear	Tüm kadınlara önerilmektedir.
MS-AFP	15-20. haftada uygulanır. İdeali 16-18. haftada yapılmasıdır. Amacı sık rastlanan nöral tüp defektleri açısından yüksek riskli gebeleri saptamaktır.
Üçlü Test	15-20. haftada (optimum 16-18.hafta) uygulanır. DS populasyon taraması amacıyla önerilir.
11-14 hafta taraması	Maternal yaş arttıkça DS riski artar. NT ölçümü yüksekse DS riski artar.

**DS:** Down sendromu, **HbsAg:** Hepatit B yüzey antijeni, **HIV:** "Human immunodeficiency virus", **MS-AFP:** Maternal serum alfa-fetoprotein, **NT:** Nükal translusensi, **OGTT:** Oral glukoz tolerans testi, **RDR:** "Reproducibility of Dose Response", **VDRL:** "Venereal Disease Research Laboratory".

**Tablo 2. İlk Muayeneden Sonra Rutin Prenatal Bakımda Değerlendirilmesi Önerilen Parametreler (13).**

Muayene aralıkları	28. haftaya kadar 4 haftada 1, 28. ve 36. haftalar arası 2-3 haftada 1 ve sonrasında haftalık kontrol
Her muayenede değerlendirilmesi gereken parametreler	Kan basıncı, kilo, idrar proteini ve glikozu, uterus boyutları, fetal kalp sesi, fetal hareket, kasılmalar, kanama ve membran rüptürünün saptanması; USG sadece belli durumlarda kullanılır.
15-20. haftalar arası	Maternal serumda alfa-fetoprotein taraması
24-28. haftalar arası	Gestasyonel diyabet taraması
28. hafta	Rh (-) kadınların antikor açısından test edilmesi, eğer endike ise anti-D immunglobulin verilmesi

**USG:** Ultrasonografi.

Gebelerin doğum öncesi bakım almalarını ve bakım sıklıklarını etkileyen başlıca faktörler annenin öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, gebenin gelir getiren bir işte çalışması, hastanın o anda gebe olmaması, ailenin ekonomik durumu, gebeliğin istemli

olmaması ve sosyal güvencenin olması, daha önceki gebeliklerde annede veya bebekte sağlık sorunu bulunmasıdır (16-17). Brown (18), gebelerin doğum öncesi bakım almasını engelleyen faktörleri sosyo-demografik, sistemsel ve geleneksel olmak üzere üç grupta sınıflandırmıştır. Erzurum’da yapılan çalışmada annelerin en son gebeliklerinde %64.9’unun antenatal bakım hizmetlerini kullandığı, %34.3’ünün sağlık ocağı, %33.2’sinin sağlık ocağı ve diğer kurumlar, %29.52’sinin özel doktor, %2.2’sinin hastane ve %1.8’inin evde ebe izlemiyle bakım aldığı saptanmıştır (19). Kayseri’de gebelerin sağlık ocağını kullanma oranının gebelik öncesinde %25.8 iken, gebelik sırasında % 59.9’a çıktığı saptanmıştır. Sağlık ocaklarında verilen doğum öncesi hizmetlerden en fazla bilinenleri aşılama hizmetleri, boy ve kilo ölçümü, tansiyon ölçümüdür. Gebelerde tetanoz aşısı yaptırma oranı %57 olup bunun %96.2’si sağlık ocakları tarafından yapılmıştır (20).

Ülkemizde kadınların %82.1’inin muayene oldukları yerin dışındaki bir kaynaktan gebelik ve doğum hakkında bilgi aldıkları saptanmıştır. DÖB esnasında gebelere en çok bilgi verilen konular, gebelik muayeneleri, gebelikte beslenme ve kilo alımı, aşı yaptırmadır. En az bilgi verilen konular ise egzersiz, cinsel yaşam ve kromozom anomalisi taraması olduğu görülmektedir (21). Amerika’da yapılan bir çalışmada 2 ve 3. trimesterde antenatal bakım almaya başlayan kadınlarda düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek doğurma riski 1. trimesterde bakım alan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Antenatal bakımın erken dönemde ve yeterli alınmasıyla DDA bebek riskinin azalacağı sonucuna varılmıştır (22). Ülkemizde yapılan bir çalışmada DDA bebek annelerinin %22.6’sı yeterli doğum öncesi bakım almışken, normal doğum ağırlıklı bebek annelerinde bu oran %37.5 olarak bulunmuştur (23). Doğum öncesi bakım almama durumunda preterm doğum riskinin de arttığı ayrıca bildirilmiştir (24).

## **FETAL SAĞLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **Ultrasonografi (USG)**

**Birinci Trimester USG:** Birinci trimesterde gestasyon kesesi lokalizasyonu, embriyonun tespiti, baş-popo mesafesi (CRL), fetal kalp hareketleri, fetus sayısı, uterus ve adnekslerin incelenmesini sağlar (25).

1. Nazal kemik muayenesi: Gebelik haftası 11 ile 13+6 ve CRL ölçümü 45 ile 84 mm arasında olmalıdır. Trizomi 21’li olguların %60–70’inde, trizomi 18’lilerin yaklaşık %50’sinde ve trizomi 13’lülerin %30’unda nazal kemik yoktur.

2. CRL ve kromozomal defektler: Trizomi 18 ve triploidi orta veya ciddi büyüme geriliği ile birlikte. Trizomi 13 ve Turner sendromu hafif büyüme geriliği ile birlikte. Trizomi 21'li fetuslarda büyüme kural olarak normaldir (26-27).

3. Maksilla uzunluğu: Maksillanın büyümesindeki sapmalar, fetus yüzündeki herhangi bir malformasyon ve/veya bazen doğumdan sonraki beslenme problemleri ile ilişkili olabileceği için önemlidir. Maksilla hipoplazisinin etiolojisinde koanal atrezi gibi bazı iyi bilinen yapısal anomaliler ve Marfan sendromu gibi genetik sendromlar bulunabilir (28). Kromozomal normal olan fetuslarda ortalama maksilla uzunluğu trizomi 21'li olgulardan belirgin şekilde daha kısa olup, aradaki fark yaklaşık 0.7mm'dir.

4. Kulak uzunluğu: Kısa kulak, doğum sonrasında trizomi 21'i tanımda en önemli bulgularından birisidir (29).

5. Femur ve humerus uzunluğu: Trizomi 21'in belirgin özelliklerinden birisi de kısa vücut yapısıdır. Humerus kısalığı, femura oranla daha sık rastlanan bir bulgudur.

6. Tek umbilikal arter: Tek umbilikal arter gebeliklerin %1'inde bulunur. Bütün major organ sistemi anomalileri ve kromozomal defektler ile birlikte bulunabilir. Tek umbilikal arter 11 ile 13+6 hafta arasında kromozomal olarak normal fetuslarda %3, trizomi 18'de ise %80 oranında görülür.

7. Megasistis: Ultrasonografide fetal mesane 11. haftada %80, 13. haftada ise tüm olgularda görülür. Bu gebelik haftalarında mesanenin uzunluğu 6mm'nin altındadır. Fetal megasistis birinci trimesterde uzunlama mesane boyunun 7mm veya üzerinde olması ile tanımlanır. Gebeliklerin 1/1500'ünde görülür (30).

8. Eksomfalos: Eksomfalos prevelansı 11 ile 13+6 hafta arasında yaklaşık 1/1000'dir. Bu, canlı doğan olguların prevelansının 4 katıdır. Olguların çoğunda altta yatan neden trizomi 18 olmakla birlikte, kromozomal defekt sıklığı birinci trimesterde %60, gebelik ortasında %30 ve yenidoğanda %15'tir.

9. Plasenta hacmi: CRL'ye paralel olarak artan plasenta hacmi üç boyutlu USG yardımı ile 11 ile 13+6 haftalarda hesaplanabilir. Trizomi 21'li olgularda plasenta hacminde anlamlı bir değişiklik olmamasına karşın, trizomi 18'li olgularda belirgin şekilde azalır.

10. Fetal kalp atım hızı: Normal gebeliklerde kalp atım hızı 5. Gebelik haftasında 100/dk. civarında iken, 10. gebelik haftasında 170 dakikaya yükselir ve daha sonra 14. gebelik haftasında 155/dk olacak şekilde azalır. Trizomi 13 ve Turner sendromunda 10 ile 13+6 haftalar arasında taşikardi olmasına karşın, trizomi 18 ve triploidide bradikardi saptanır.

11. Duktus venozusun Doppler muayenesi: Kromozomal olarak normal olan fetusların %5'inde, trizomi 21'lerin %80'inde 10 ile 13+6. haftalar arasında anormal duktal akım vardır (31-32).

İlk trimesterde CRL ile fetal yaş arasında çok yakın bir ilişki vardır (CRL+6.5= gebelik haftası). CRL 12. haftadan sonra fetal yaş tayini doğru sonuç vermez.

**İkinci trimester USG:** 18 ile 23 haftada endikasyon olmaksızın yapılır. Daha az doğum indüksiyonu gerekliliği daha çok ve erken ikiz gebelik tanısı, daha çok konjenital anomali tanısı ve daha fazla gebelik terminasyonu gibi yararları vardır. İkinci trimesterde fetal bipariyetal çap (BPD), femur uzunluğu, abdominal ve baş çevresi ölçümlerinin tespiti ile gebelik yaşı ve fetal ağırlık tahmini yapılır. BPD ölçümüne 11. gestasyon haftasında başlanır. Ancak bu ölçüm için en uygun zaman 17-24. haftalardır. Prezantasyon anomalilerinde fetal yaştan tayin edilmesi için baş çevresi ölçümü kullanılır. 28. haftadan itibaren BPD'nin fetal yaştan tayinindeki doğruluk payı azalır. Bu zamandan sonra baş şeklini belirlemede sefalik indeks kullanılır. Femur uzunluğu fetal da fetal yaş ile ilişkilidir. Abdominal ölçümler fetal büyümeyi izlemede kullanılır. Baş çevresinin karın çevresine oranı fetal baş ve vücut arasındaki oran bozukluğunun değerlendirilmesinde kullanılır (29).

**Üçüncü trimester USG:** 30-32. haftada yapılır. Fetal gelişme geriliği ve iri fetus gibi durumların tanısında kullanılır (29).

### **Biyofiziksel Profil (BFP)**

Fetusun iyilik halinin saptanması için yapılan testlerden birisidir. BFP için Non stres test (NST) çekilir ve 30 dk süre ile USG yapılır. USG ile bebeğin hareketleri, kas tonusu, solunumu ve amnion sıvısı miktarı değerlendirilir (31). Annenin sedasyon yapıcı ilaç kullanması, indometazin kullanması, sigara, annenin kan şekerinin düşmesi ve bebeğin akciğer gelişimi amacıyla anneye steroid yapılması gibi durumlar BFP'yi etkileyerek testin normalden düşük puan almasına sebep olabilir (32). BFP yapılmadan önce bu gibi durumlar sorgulanmalıdır. BFP'de değerlendirilecek 5 kriter vardır. Bunlar fetal solunum, fetal vücut hareketleri, fetal tonus, NST ve amniotik sıvı indeksidir.

### **Fetal Hareketlerin Anne Tarafından Değerlendirilmesi**

Anne fetal hareketleri 18. haftada hisseder. Hareketlerde durma ve yavaşlama önemlidir ve fetusun değerlendirilmesini gerektirir. Normal hareket sayısı değişimle birlikte sağlıklı bir fetus 3 saat içinde en az 10 kez hareket eder (32).

### **Nonstres Test**

Bu test ile elektronik fetal monitör kullanılarak fetal kalp sesleri kayıt edilir ve fetal hareketler ile kalp atımı arasındaki ilişki izlenir. NST'nin avantajları çabuk ve ayaktan yapılabilir olması, yorumlanmasının kolay ve yan etkisinin olmamasıdır (33). Reaktif NST en fazla 20 dk içinde, en az iki kez ortaya çıkan, bazal düzeyden en az >15 atım/dk ve  $\geq 15$  sn devam eden akselerasyonların gerçekleştiğini gösteren normal sonuçtur. Non-reaktif NST ise 40 dakikalık bir zaman birimi içinde, bazal düzeyden en az 15 atım/dk fazla olan akselerasyonlardan ikiden azının ortaya çıktığını gösteren anormal bir sonuçtur (31).

### **Kontraksiyon Stres Test (CST)**

Plasentanın solunum fonksiyonunun değerlendirilmesidir. İntrauterin gelişme geriliği (IUGG), diyabetes mellitus (DM), miad gecikmesi, nonreaktif NST, anormal BFP gibi plasental yetmezlik riski olan durumlarda CST ile fetusta hipoksi gelişip gelişmediğine bakılır. 3. trimester kanamaları, klasik insizyonlu sezaryen doğumu, preterm eylem ihtimali olan riskli durumlar, erken membran rüptürü (EMR), serviks yetmezliği ve çoğul gebeliklerde CST kontrendikedir (32).

### **Amniyosentez**

Gebeliğin 16-18. haftalarında, kromozomal ve biyokimyasal değerlendirme (enzim analizi ve nöral tüp defekti için alfa-fetoprotein ölçümü), 30-35. haftalardan sonra ise akciğer maturitesini belirlemek amacıyla yapılır. EMR olan ve tokolitik tedavi düşünülen prematür eylemde, intrauterin enfeksiyonun olup olmadığını saptamak için de kullanılır (33).

### **Koryonik Villus Örnekleme (CVS)**

Gelişen plasentanın sınırındaki koryonik villilerden doku örneği alınması işlemidir. İlk trimesterde genetik hastalık tanısı amacıyla yapılır. 8-12. gebelik haftalarında koryon frondosumdan gelişen villilerin fetal kromozom, enzim ve DNA içerikli olduğuna inanılmaktadır (35). CVS <10. haftada uygulananlarda fetal ekstremitte anomalisi ve mikrognatı gibi riskler arttığından 11. gebelik haftasından önce yapılmamalıdır (30).

### **Fetoskopi**

Kan ya da deri örneği için fetusun direk olarak gözlenmesi işlemidir. Gebeliğin 11-36. haftaları arasında yapılır. Fetal hemoglobinopati, koagülasyon bozukluğu, metabolik hastalıklar, kromozom anomalileri, Rh immunizasyonu ve ciddi deri defektlerini teşhis etmeye yarayan bir işlemdir (32).

### Perkutan Umbilikal Kan Örneği-Kordosentez

Bu testte, intrauterin umbilikal kordon kan örneği alınır. Gebeliğin 16.-40. haftaları arası yapılır. Fetal karyotipin, fetal enfeksiyonun, trombosit hastalıkların, fetal kan grubunun, fetal metabolik hastalıkların, fetal sağlığın belirlenmesi ve izoimmunizasyonun tanı ve tedavisi için gereken bir testtir (34).

### GEBELİKTE SIK KARŞILAŞILAN KOMPLİKASYONLAR

Gebelikte sık karşılaşılan komplikasyonları erken dönemde saptamak olası riskleri en aza indirmek açısından oldukça önemlidir. Doğum öncesi dönemde tüm gebelerin prenatal yüksek risk faktörleri açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir. Prenatal yüksek risk faktörleri Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. Prenatal Yüksek Risk Faktörleri (35).**

Faktör	Maternal Sonuçlar	Fetal/Neonatal Sonuçlar
<b>Bireysel/Sosyal</b>		
Düşük gelir/egitim düzeyi	Yetersiz antenatal bakım Yetersiz beslenme Preeklampsi riski	DDA IUGG
Yetersiz beslenme	Yetersiz beslenme Anemi riski Eklampsi riski	Fetal malnütrisyon Prematüre
Yüksek basınç bölgesinde yaşamak	Hemoglobinin yükselmesi	IUGG
Multiparite >3	Antepartum/postpartum hemoraji riski artar	Anemi Fetal ölüm
Ağırlık <45.5 kg	Yetersiz beslenme CPD riski	IUGG Zor doğum eylemi nedeniyle hipoksi
Yaş <16	Yetersiz antenatal bakım Yetersiz beslenme Preeklampsi ve CPD riski artar	DDA Fetal ölüm riski artar
Yaş >35	Preeklampsi riski C/S doğum riski	Konjenital anomali riski Kromozomal aberasyon riski
Sigara >1 paket/gün	Hipertansiyon riski Kanser riski	Düşük plasental perfüzyona bağlı azalan oksijen Yetersiz beslenme DDA, IUGG Preterm doğum
Bağımlılık yapan ilaçların kullanımı	Yetersiz beslenme riski Uzun süreli kullanım ile olası hepatik riskler	Konjenital anomali riski Fetal alkol sendromu riski
<b>Önceden Var Olan Tıbbi Sorunlar</b>		
Diyabet	Preeklampsi, hipertansiyon riski Hipoglisemi ve hiperglisemi C/S riski artar	DDA Makrozomi Neonatal hipoglisemi Konjenital anomali ve RDS riski artar.
Kardiyak hastalık	Kardiyak dekompanseasyon Kadının vücuduna ekstra yük Maternal ölüm riski artar	Fetal ölüm riski ve perinatal mortalite artar.



**Tablo 3 (devamı) Prenatal Yüksek Risk Faktörleri (35)**

Anemi hemoglobin< 9g/dl hematokrit< 29g/dl	Demir eksikliği anemisi Enerji düzeyi ve oksijen taşıma kapasitesi artar	Fetal ölüm Prematüre DDA
Hipertansiyon	Vazospazmada artma SSS iritabilitesi artar Konvülsiyonlar Böbrek hasarı riski ve Serobrovasküler olay riski artar	Plasental perfüzyonun düşmesine bağlı DDA Preterm doğum
Tiroid hastalıkları Hipotiroidizm	İnfertilite riski artar. Mikst ödem Bazal metabolizma hızı Guatr	Spontan abortus riski Konjenital guatr riski Mental retardasyon Kretenizm ve konjenital anomali insidansı artar.
Hipertroidizm	Postpartum hemoraji riski Preeklampsi riski Tiroid alevlenme riski artar	Preterm doğum insidansı Trotoksikosis riski artar
Böbrek hastalığı	Böbrek yetmezliği riski artar	IUGG ve preterm doğum riski artar.
DES'e maruz kalma	İnfertilite, spontan abortus servikal yetmezlik riski artar	Spontan abortus ve preterm doğum riski artar
Obstetrik Durumlar Önceki Gebelik		
Ölü doğum	Psikolojik sıkıntı artar	IUGG ve preterm doğum riski
Habitual abortus	Psikolojik sıkıntı Diagnostik işlemler olasılığı	Abortus riski artar
Sezaryen doğum	Tekrarlayan C/S olasılığı	Preterm doğum ve RDS riski
Rh ya da kan grubu duyarlılığı	Testlere yönelik ekonomik maliyetin artması	Hydrops fetalis, ciddi sarılık Neonatal anemi Kernikterus, hipoglisemi
İri bebek	C/S ve GDM riski artar	Doğum yaralanmaları Hipoglisemi
Şimdiki Gebelik		
Rubella (1. Trimester )		KKH, katarakt, sinir duyarsızlığı
Rubella (2. Trimester )		Hepatit ve trombositopeni
CMV		IUGG ve ensafalopati
Herpes simpleks tip 2	Ciddi rahatsızlık C/S doğum olasılığı	Neonatal herpes simpleks tip 2 Sarılıkla beraber 2. derece hepatit Nörolojik anomaliler Fetal enfeksiyon
Sifiliz	Artmış abortus insidansı	Fetal ölüm riski artar Konjenital sifiliz
Ablasyo plasenta ve plasenta previa	Hemoraji riski artar Yatak istirahatı Hastanede kalış süresinin uzaması	Fetal/ neonatal anemi İntrauterin hemoraji Fetal ölüm
Preeklampsi/ Eklampsi	Hipertansiyon	Plasental perfüzyona bağlı DDA
Çoğul gebelik	Postpartum hemoraji riski artar	Preterm doğum ve fetal ölüm riski artar
Hematokrit yükselmesi>% 41	Kan viskozitesinde artma	Fetal ölüm oranı normalden 5 kez daha fazladır
EMR	Uterin enfeksiyon riski artar	Preterm doğum fetal ölüm riski

C/S: Sezaryen, CMV: Sitomegalovirüs, CPD: Baş-pelvis uygunsuzluğu, DES: diethylstilbestrol, DDA: Düşük doğum ağırlığı, EMR: Erken membran rüptürü, GDM: Gestasyonel diyabetes mellitus, IUGG: İntra uterin gelişme geriliği, KKH: Konjenital kalp hastalığı, RDS: Respiratuar distres sendromu, SSS: Santral sinir sistemi.

### **Ektopik Gebelik**

Ektopik gebelik; fertilize ovumun endometrial kavite dışında herhangi bir dokuya implante olmasıdır ve tüm gebeliklerin %1 'inde görülür. Lokalizasyonu ise %95-99 tubaldır. Diğer lokalizasyondaki yerleşimler (ovarian, servikal, abdominal, vb.) ise nadir olarak görülür. Özellikle “beta human chorionic gonadotropin” ( $\beta$ -hCG) kullanımı ve transvaginal USG ile ektopik gebelik tespiti kolay ve gecikmeden konulabilmektedir. Ektopik gebelik insidansı 15-44 yaşları arasında 100-175/ 1.000.000 olarak bildirilmiştir (38).

### **Gebelikte Trofoblastik Hastalıklar**

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar hidatiform mol, invaziv mol ve koryokarsinomu içerir. Hidatiform mol anormal gebeliktir ve en sık görülen gestasyonel trofoblastik hastalıktır. İnvaziv mol myometrium ve komşu yapıları invaze eden hidatiform moldür. Koryokarsinom, hidatiform mol dahil herhangi bir gebeliği izleyen malign tümördür. (39).

### **Plasenta Previa**

Plasentanın internal os üzerinde veya yakınında yerleşmesidir. Yerleşim yerine göre plasenta previa dört gruba ayrılır; plasenta previa totalis, plasenta previa parsiyalis, plasenta previa marjinalis ve aşağı yerleşimli plasenta. İnsidansı yaklaşık olarak 1/200'dür (40). Hastalığın nedeni kesin olarak bilinmemesine rağmen etiyolojisinde ileri anne yaşı, multiparite, daha önce sezaryen ile doğum, alt segment uterin insizyon, sigara kullanımı ve daha önceki spontan abortuslar sayılmaktadır. En karakteristik klinik bulgusu 2. trimester sonunda veya daha sonra ağrısız vaginal kanamadır. Plasenta previa totaliste doğum şekli hemen daima sezaryen ile olmaktadır. Plasenta previa olgularında perinatal morbidite ve mortalite yüksek olarak verilmiştir (34). Daha önceki doğumların sezaryen ile gerçekleşmesi ve sezaryen sayısının artması plasenta previa gelişmesinde en önemli risk olarak kabul edilmektedir (41).

### **Ablasyo Plasenta**

Plasenta dekolmanı normal implante olan plasentanın, erken ayrılması olarak tanımlanır. Tüm doğumların %0.4-0.5 arasında görülür. Gebeliğin ciddi bir komplikasyonu olan plasenta dekolmanı, ölü doğuma, preterm doğuma, erken neonatal ölümlere neden olmaktadır. Plasenta dekolmanının etiyolojisinde maternal yaş, artmış gravida, artmış parite, düşük sosyoekonomik düzey, hipertansiyon, sigara ve kokain kullanımı sayılabilir. Ayrıca abdominal travma, polihidroamniyoz, uterin anomaliler de etiyolojide rol oynayabilir (42).

## **Gebelikte Hipertansif Bozukluklar**

**1. Gestasyonel hipertansiyon:** Gestasyonel hipertansiyon tanısı ilk kez gebelikte 140/90mmHg veya daha üzerinde ölçülen fakat proteinürisi olmayan kadınlarda konur. Preeklampsi gelişmez ise kan basıncı en geç postpartum 12. haftada normale döner.

**2. Preeklampsi:** 20. gestasyon haftasından sonra kan basıncı  $\geq 140/90$ mmHg ve proteinüri  $\geq 300$ mg/24 saat batırma çubuğuyla  $\geq +1$  üriner protein varlığı ile tarif edilir. Kan basıncı  $\geq 160/110$  mmHg, proteinüri 2.0g/24 saat veya +2 batırma çubuğuyla, serum kreatinin  $> 1.2$ mg/dl, trombositler  $< 100000 / \text{mm}^3$ , mikroanjiopatik hemoliz, karaciğer enzimleri yüksekliği, sebat eden baş ağrısı veya diğer serebral ve görsel rahatsızlık, sebat eden epigastrik ağrı varsa şiddetli preeklampside bahsedilir.

**3. Eklampsi:** Preeklampitik kadının başka bir nedenle açıklanamayan konvülsiyonları tanıya götürür.

**4. Kronik hipertansiyon zemininde gelişen preeklampsi:** Hipertansif kadınlarda yeni başlayan proteinüri  $\geq 300$  mg/24 saat, ancak 20. gestasyon haftasından önce proteinüri yoktur. 20. gestasyon haftasından önce proteinürisi ve hipertansiyonu olan kadınlarda proteinüri, kan basıncında ani artış veya trombosit sayısı  $< 100000 \text{ mm}^3$  ile tarif edilir.

**5. Kronik hipertansiyon:** Gebelikten önce veya 20. gestasyon haftasından önce kan basıncı  $\geq 140/90$  mmHg veya ilk olarak 20. gestasyon haftasından sonra saptanan ancak postpartum 12. haftadan sonra sebat eden hipertansiyon ile tarif edilir (43).

## **Gebelik ve Diyabet**

Diyabet, gebelikte oldukça sık görülen tıbbi bir komplikasyondur. Değişik etiyopatolojik nedenlerle insülin eksikliği veya insensitivitesi sonucu organların kronik hiperglisemiye maruz kaldığı klinik bir sendrom olarak tanımlanır. Gebelik öncesi teşhis edildiyse pregestasyonel, ilk kez gebelikte tespit edilmişse gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) denir (44).

## **Gebelik ve Kalp Hastalığı**

Gebelikte kalp hastalığı anne ve bebek için yüksek risk oluşturur. Gebeliklerin %1-3'ünde kalp hastalığı mevcuttur (45). DSÖ'ye göre maternal ölümlerin %23'ünün nedeni kardiyak hastalıklardır (46). Gebelikte büyüyen embriyo ve uterusun gereksinimini karşılamak için plazma hacmi gebelikte %30-50 arasında artar. Plazma hacmindeki bu artış gebeliğin 10. haftasında başlar. 32. haftasında en yüksek düzeyine ulaşır. Gebelik sırasında gelişen kalp hastalığı için bazı klinik göstergeler Tablo 4'de verilmiştir.

**Tablo 4. Gebelikte Gelişen Kalp Hastalığı İçin Bazı Klinik Göstergeler (30).**

<b>Semptomlar</b>	<b>Klinik Bulgular</b>
İlerleyici dispne veya ortopne Noktürnal öksürük Hemoptizi Senkop Göğüs ağrısı	Siyanoz, Parmaklarda çomaklaşma, Persistan boyun ven dilatasyonu 3/6 veya daha şiddetli sistolik üfürüm, Diastolik üfürüm, Persistan aritmi, Persistan ikinci ses çiftleşmesi Pulmoner hipertansiyon kriterleri

### **Gebelik ve Anemi**

Gebelikte ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan problemlerden birisi maternal anemidir. Gebelik döneminde anemi prevalansı farklı çalışmalarda %35-100 arasında bildirilmektedir. Gebeliğin maternal ve perinatal etkileri konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. DSÖ maternal mortalitenin %20'sinde aneminin katkısı bulunabileceğini öne sürmüştür (45).

### **Gebelik ve AIDS**

Türkiye'de Aralık 2008 T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre yaklaşık 3370 kişinin HIV(+) olduğu bildirilmektedir. Bebekler embriyonik yaşamda, perinatal ve süt emme dönemlerinde enfekte olurlar. HIV(+) kişilerin eşleri koitus ve kondom kullanma konusunda bilgilendirilmeli, yenidoğanlar enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmeli ve anneler emzirme konusunda bilgilendirilmelidir. Anne ve baba gebeliğin sonlandırılmasını seçebilirler (46).

### **Gebelik ve Üriner Sistem Enfeksiyonları**

Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları sık rastlanan ve önemli sonuçlar doğurabilen bir sorundur. Gebe kadınların %2-7'si ilk trimesterde bakteriüriktir. Bu oran gebe olmayan aynı yaştaki kadınlardakine benzerdir. Ancak tedavi edilmediğinde bakteriürik kadınların %20-30'unda genellikle gebeliğin 2. trimester sonu veya 3. trimester başında akut pyelonefrit gelişebilir. Gebelikte bakteriürinin tedavisiyle pyelonefrit riski %2-3'e düşer (47).

## **GEBELİKTE ANNEYE VERİLECEK DANIŞMANLIK HİZMETLERİ**

### **Gebelikte Çalışma**

Gebe kadınların çoğu evleri dışında çalışma hayatına atıldıkları için, tüm gebeler için çalışma yerine ait risk faktörleri değerlendirilmelidir. Çalışma hayatı tek başına gebelik sırasında risk oluşturmamaktadır. Ancak bazı çalışma koşulları gebelikte artmış preterm

doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebeliğin uyardığı hipertansiyon riski ile beraber görülürler. Bu koşullar günde 10, haftada 36 saatten fazla çalışmak, uzun süre ayakta kalmak (6 saatten fazla), ağır kaldırmak, aşırı gürültülü ortamda çalışmak, aşırı yorgunluk hali (4 saatten fazla ayakta kalmak, mental stres, çalışma yerinin soğuk ve gürültülü olması) olarak sıralanabilir (30).

### **Gebelikte Beslenme ve Kilo Alımı**

Fetus, plasenta ve maternal dokuların büyümesinin sağlanması amacıyla gebelikte duyulan enerji, besin ve sıvı ihtiyacı artar. Gebelikte sağlıklı beslenme, termde gelişimini tamamlamış fetusu, komplike olmamış bir gebelik süreci ve doğum ile başarılı bir laktasyon döneminin olasılığını arttırırken; postpartum obezite riskini azaltarak uzun dönemde anne sağlığını iyi yönde etkiler (48-49).

### **Gebelikte İlaç Kullanımı**

Günümüzde birçok ilacın potansiyel teratojenik etkisi henüz ortaya konulmadığı için gebelikte ilaç kullanımının dikkatlice ele alınması gerekir. 1960'ta ortaya çıkan talidomid faciasından sonra bu konu daha da önem kazanmıştır (50). Gebelikte ilaç kullanım risklerini ve ilaçların etkilerini değerlendirmek için, öncelikle gebeliğin birbirinden farklı dönemleri olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir. Organogenezis sırasında oluşan anatomik bozukluklar birinci trimesterden sonra azalırken daha sonra kullanılan ilaçlar genelde fetal gelişim ve büyümeyi etkiler. "Food and Drug Administration" (FDA) gebelik ilaç sınıflandırması gibi çeşitli sınıflamalar gebe hastalarda uygun ilaç seçiminde yardımcı olabilir (51).

### **Gebelikte Tetanoz Bağışıklaması**

Neonatal Tetanoz (NNT) DÖB hizmetlerinin sınırlı verildiği, doğumların kirli ortamlarda, eğitimsiz kişilerce yaptırıldığı ve tetanoza karşı bağışıklamanın yetersiz olduğu birçok az gelişmiş ülkede önemli bir halk sağlığı sorunudur. NNT tüm dünyada çocuklar arasında aşıyla korunulabilir hastalıklardan ölümlerin ikinci nedeni olup tüm neonatal ölümlerin %14'ünden sorumludur (52). Dünyada yılda 289.000 NNT olgusu görülmekte ve bunların 214.000'i ölümle sonuçlanmaktadır (53). NNT, ülkemiz genelinde hizmet veren tüm sağlık kurumları tarafından bildirim zorunlu olan hastalıklardandır. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre, 2003 yılında 41 NNT olgusu görülmüş, bunların 20'si ölüm ile sonuçlanmıştır. Ülkemizde gebelere ve 15-49 yaş kadınlara birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ücretsiz olarak tetanoz aşılması

yapılmaktadır. Buna karşın, bağışıklama oranları çok düşüktür. 2001'de %38 olan tetanoz 2. doz aşılama yüzdesi, 2002 ve 2003'te %37 olarak saptanmıştır (54).

### **Gebelik ve Egzersiz**

Fiziksel yönden aktif olan kadınların daha kolay doğum yaptıklarına dair kanıtlar çok eskilere dayanmaktadır. Aristoteles, zor doğumların pasif yaşam biçiminden kaynaklandığını, İbrani kölelerin diğer kadınlardan daha kolay doğum yaptıklarını belirtmişlerdir. Yirminci yüzyılın başlarında egzersiz önerileri temiz havada yürüyüş yapmakla sınırlıyken 1930'larda daha aktif egzersiz programlarının ilk temelleri atılmıştır. Vaugh'un perine kaslarını güçlendirici çömelleme egzersizleri, Read'in solunum teknikleri, Lamaze'in psikoprofilaktik doğum yöntemleri bu dönemdeki örneklerdir (55).

Günümüzde en sık kullanılanı Lamaze yöntemidir. Lamaze yöntemindeki özel solunum egzersizleri ile hem gevşeme sağlanarak kas gerginliği azaltılır, hem de dikkat ağrıdan başka yöne çekilerek, ağrının daha az hissedilmesi sağlanır. Temelde öğretilmiş şartlı refleks teorisine dayanan Lamaze yöntemine değişik egzersizler de eklenebilir. Burada amaç, doğum eyleminde kadının kontrol kaybını önlemek ve gevşemesini sağlamaktır.

Gebelikte yapılan egzersizin yararları:

1. Gebelik ve doğumda dayanıklılığı artırır ve doğum süresini kısaltır.
2. Doğum sırasında ve sonrasında oluşabilecek travmaları azaltır.
3. Gebelikte ilgili ağrıları azaltır.
4. Aşırı kilo alımını önler, doğum sonrası kiloların çabuk verilmesini sağlar.
5. Dolaşım bozukluklarını düzelterek özellikle ayaklardaki şişlikleri azaltır.
6. Sezaryen olasılığını azaltır.
7. Anne adayları için sosyal bir ortam, dayanışma ve deneyim paylaşımı sağlar.
8. Egzersiz eğlencelidir, rahatlatır.
9. Alışkanlık kazanılırsa sağlıklı yaşama adım atılır.
10. Gestasyonel diyabet olasılığının önlenmesinde önemlidir,
11. Doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırır.

Egzersizin sakıncalı olabileceği durumlar: kalp- damar, solunum, böbrek ve tiroid hastalıkları, diyabet (kontrol edilemeyen tip 1 diyabet), abortus, prematüre doğum, fetal büyüme geriliği ve servikal yetmezlik öyküsü, hipertansiyon, vajinal kanama, fetal hareketlerin azalması, anemi, makat geliş ve plasenta previa (56).

### **Gebelikte Cinsel Yaşam**

Gebelikte cinsel aktivite, gebelikte deneyimlenen cinsel davranışlar ve fetal sağlık üzerine negatif veya pozitif etkileri konusunda bilgi yetersizliği nedeniyle engellenir (57). Birçok araştırmada cinsel birleşme, uterin kontraktilite ve preterm doğum arasında çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Gebe kadınlar sıklıkla cinsel birleşmenin abortus veya preterm doğumu provoke edeceği veya fetusa zarar vereceğinden korkarlar ve cinsel aktiviteden kaçınırlar (58). Normal gebelikte orgazm ile birlikte görülen uterus kontraksiyonlarının hiçbir zararı ve tehlikesi yoktur. Bu kasılmalar erken doğum eyleminin başlamasına neden olmamaktadır. Cinsel ilişkinin gebelikte enfeksiyona neden olup fetusa zarar vereceği inancı da yanlıştır. Çünkü servikal kanal kalın bir mukus plakla kapalıdır, fetus amnion kesesi içinde bakterilerden izole biçimde yaşamaktadır. Daha önce ilk üç ayda düşükleri, son haftalarda da enfeksiyonu önlemek için cinsel birleşme yasaklanmaktaydı. Günümüz literatür bilgileri cinselliğe engel oluşturacak tıbbi problemler olmadıkça gebelik süresince hatta son güne kadar cinsel ilişki devam edebilir şeklindedir (57).

### **Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı**

Toplumda kadın kullanıcılarında artış olması, gebelikte sigara içimine daha sık rastlamamıza neden olmaktadır (59). Gebelikte sigara içiminin zararlı etkileri Tablo 5’de verilmiştir. Demirkaya (60), sigara içimi ile yeni doğanların kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri anlamlı şekilde düşük, preterm doğumları daha fazla bulmuştur.

**Tablo 5. Gebelikte sigara içiminin perinatal dönemde olası zararlı etkileri (61).**

<b>1. Doğum komplikasyonları</b>	<b>2. Bebekle ilgili sorunlar</b>	<b>3. Teratogenez</b>
Plasenta previa	DDA	Orofasyal anomaliler
Ablasyo plasenta	IUGG	Optik sinir hipoplazisi
Preterm eylem	Düşük Apgar skorları	Omfalosele
EMR	Polisitemi	Gastroşizis
	Kalp hızını değiştirme	Parmak sayı anomalileri
	yeteneğinde azalma	Hidrosefali ve mikrosefali

**DDA:** düşük doğum ağırlığı, **EMR:** erken membran rüptürü, **IUGG:** intra uterin gelişme geriliği.

### **Gebelikte Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı**

Son trimesterde gebeye anne sütü ve emzirme danışmanlığı verilmelidir. Doğumdan sonra ilk altı ay süresince bebeğin fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarını tek başına mükemmel bir şekilde karşılayan anne sütü, anne ve bebek bağının kurulmasında önemli rol oynar. Bebeğin ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan sonra ek

besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin devam etmesi ve emzirmenin iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesi önerilmektedir (62).

### **Gebelikte Seyahat**

Gebelikte uzun süren hava yolculuklarında hareketsiz kalmaya bağlı venöz tromboz riski artmaktadır. Genel olarak riski azaltmak için uygun kompresyon sağlayan varis çorapları kullanılmalıdır. Otomobille seyahat yapan gebeler emniyet kemerlerini düzgün kullanmaları konusunda uyarılmalıdır. Üç noktadan sabitleyen emniyet kemerlerinde kayışlar uterusun üzerinden değil, altından ve üstünden geçmelidir (35).

### **Doğuma Hazırlık**

Gebelik ve doğum tüm kültürlerde, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen bir olay olmakla birlikte, gebeliğe ve aileye yeni giren bireye alışmak ebeveynler için kolay değildir. Gebelikteki fiziksel ve emosyonel değişiklikler, durumsal ve değişimsel krizlere yol açar. Çiftlerin anne baba olmaları ile ilgili endişeleriyle baş edebilmelerinin en güzel yolu gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kendi bakım sorumluluğunu almalarını sağlamaktır. Bu durum onların gebelik ve doğumla ilgili kararların çoğuna katılmalarını sağlar. Bu sayede doğumun nerede, nasıl, kim tarafından yapılacağına eşler birlikte karar verirler. Ayrıca eşlere doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı verilmelidir (63).

## **DOĞUM**

Doğum eylemi; son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetus ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetusun dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin; termde (son menstrual periyoddan 40 hafta sonra), kendiliğinden başlaması, verteks pozisyonunda, baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir.

Doğum vajinal ve abdominal olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Sezaryen doğum fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyonlar yoluyla doğması şeklinde tanımlanır. Genel olarak sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise, vajinal doğum ile birlikte maternal ve fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanır. Sezaryen endikasyonları Tablo 6'da verilmiştir (30,35,63).



**Tablo 6. Sezaryen Endikasyonları (63-65).**

<b>Fetal</b>	<b>Maternal</b>	<b>Travay veya Doğuma Ait</b>	<b>Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait</b>
*Fetal sıkıntı *Fetal prezentasyon anomalileri *Makat prezentasyon *Diğer Prezentasyon anomalileri *Çoğul gebelikler *Fetal anomaliler	*Geçirilmiş uterus cerrahisi *Sistemik hastalık *Vertikal geçişli maternal enfeksiyon	*Baş-pelvis uygunsuzluğu *Uzamış Eylem *Fetal makrozomi	*Kordon sarkması *Plasenta previa *Ablasyo plasenta *Vasa previa

Sezaryen, her şeyden önce cerrahi bir girişimdir, obstetrik ve jinekolojik ameliyatlarda karşılaşılan tüm riskleri taşır. Obstetrik ve jinekolojik operasyonlarda karşılaşılan postoperatif enfeksiyon nedenlerine bakıldığında, yara yeri enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları ve febril mortalite olarak tanımlanan komplikasyonlar açısından sezaryen doğumlarının önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (64).

Sezaryene bağlı maternal mortalite 4–8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre 2.6 kat fazladır. Hastane ücretlerinin sezaryende vajinal doğuma oranla çok daha yüksek, hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu düşünülürse, sezaryen endikasyonunu belirlerken çok daha dikkatli davranmak gerektiği açıktır (65-66).

Sezaryen komplikasyonları ise annede mesane veya barsak travması, uterin arter, serviks ya da vajen kesisi, uterin atoni, geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar, plasentanın yapıştığı yerden kanama, uterin rüptür, endometrit, yara enfeksiyonu, yarada hematoma, septik pelvik tromboflebit, pulmoner emboli gibi tromboembolik durumlar ve pıhtılaşma bozukluklarıdır Bu komplikasyonlar ender olsa da, vajinal doğum sağlıklı bir anne için dört kat daha güvenli olup, yalnız bazı kalp sorunları gibi kişisel tıbbi durumlarda vajinal doğum riski sezaryen ile doğum riskinden daha fazladır (67). Anne ölüm riski sezaryen sonrası 2.500 doğumda birden azken, normal vajinal doğum sonrası 10.000'de birden azdır (66-67).

Günümüzdeki uygulamalara bakıldığında, sezaryen endikasyonu olarak ilk sırada daha önceden geçirilmiş sezaryen bulunmaktadır. Ancak daha önceden geçirilmiş sezaryen girişimi yeni bir sezaryen için gerçek bir endikasyon değildir. Tüm seçilmiş olan gebeler uygun ve güvenli koşullarda vajinal doğuma yönlendirilebilirler (64-65).

Sezaryen oranında 1980'lerden sonra son yirmi yılda ciddi bir artış gözlenmiştir. Bu artışın sebepleri arasında elektronik fetal monitorizasyonun yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanması, önceki sezaryen öyküsü ile daha sık karşılaşılması, vajinal doğumlarla ilgili malpraktis davalarının artması, kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, riskli gebelik ve kıymetli bebek kavramının ortaya atılması yer almaktadır (66,68). Artışa neden olabilecek faktörlere karşın; DSÖ'nün önerisi dünyanın hangi bölgesinde olursa olsun sezaryen oranının %15'den fazla olmaması gerektiğidir (15).

Sezaryen sıklığı ülkeden ülkeye, hatta hastaneden hastaneye değişiklik göstermektedir (69). Gelişmiş ülkeler içinde Amerika ve Brezilya en yüksek, Çekoslovakya, Avusturya ve Belçika ise en düşük sezaryen oranına sahiptir. Ancak; gelişmiş ülkelerde kademeli bir şekilde artan sezaryen oranları Brezilya'da adeta fırlamıştır. Brezilya, Dünya'da en yüksek sezaryen oranına sahip ülke olup, devlet hastanelerinde %30, özel hastaneler ve doğum evi kliniklerinde %70'den daha fazla oranda sezaryen doğum gerçekleşmektedir (70). Brezilya'da 1982'de %23 olan sezaryen oranı 2004'te %43'e ve tüm özel hastanelerde %82'ye ulaşmıştır (71).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı artmaktadır. Ülkemizde, sezaryen oranı 2003 yılında %21.2, 2006 yılında %40 ve 2008 yılında ise %60'lara ulaştığı bildirilmektedir (72). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda sezaryen oranları İstanbul'da %47.8, Afyon'da %53.1, Gaziantep'te %35.4, Muğla'da %54.5 olarak bulunmuştur (69,73-75).

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma 22 Ocak-22 Nisan 2008 tarihleri arasında Beşiktaş Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Sağlık Ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde gerçekleştirildi. Çalışma için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay (Ek-1) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile imzalanan protokol (Ek-2) gereği valilik oluru alınarak yürütüldü. Çalışma için İstanbul Valiliğinden 3 ay süre alındığı için çalışma bu süre içerisinde tamamlandı.

İstanbul ili Beşiktaş ilçesinde ikamet eden ve daha önce doğum yapmış 366 kadına anket yapılarak çalışma gerçekleştirildi. Örneklem sayımızı belirlemek için İstanbul Beşiktaş Sağlık Grup Başkanlığı'ndan son bir yıl içinde Beşiktaş ilçesinde doğum yapmış kadın sayısı öğrenildi (n=1600). Çalışma sonuçlandığı zaman henüz TNSA 2008 verileri yayınlanmamış olduğu için TNSA 2003 verilerine göre hesaplamalar yapılmıştır. TNSA 2003 verilerine göre ülkemizin antenatal bakım alma sıklığı ortalama %81 olduğu için araştırmamızda bu oran veri olarak kullanıldı (6). Çalışma için gerekli bulunan en az kişi sayısını saptamak için minimum örneklem büyüklüğü formülü kullanıldı (76). Beşiktaş ilçesinde son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın sayısı (çalışma evrenimizdeki birey sayısı) bilindiği için hesaplama aşağıda gösterildiği gibi yapıldı:

$$n = \frac{N(t_{1-\alpha})^2(p,q)}{(N-1)s^2 + t^2(p,q)}$$

n: Örnekte en az bulunması gereken kişi sayısı

T (1-α): Belirli güven düzeyinde t tablosundan bulunacak değer  
(serbestlik derecesi = sonsuz)

p: Bir olayın toplumda görülme sıklığı, olasılığı (prevelans, insidans, ölüm ve doğum hızları v.b.)

q: Bir olayın toplumda görülmeme sıklığı, olasılığı (1-p)

s: Oranın standart sapması

N: Evrendeki kişi sayısı

Bizim çalışmamızdaki evren sayısı 1600 olduğuna göre;

t(1-α): %95 güven aralığında 1.96

p: Antenatal bakım alma sıklığı %81=0.81

q: 1-p= 1-0.81=0.19

s: %5=0.05

N: 1600

$$n = \frac{1600 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.81 \times 0.19)}{(1600-1) \cdot (0.05)^2 + (1)^2 \cdot (0.81 \times 0.19)} = 228$$

Yine minimum örneklem sayımızı hesaplamak için “Epi info” programı (Centers for Disease Control and Prevention) kullanıldı (77). Bu programa göre güven aralığı %99 olarak alınarak %15±5 standart sapma ile hesaplandığında minimum örneklem sayısı 74, %10±5 standart sapma ile hesaplandığında 138, %10±3 standart sapma ile hesaplandığında ise 309 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ilk verilen formüle göre yaklaşık 228 olgu ile çalışıldığında antenatal bakım alma prevelansını bu bölge için hesaplayabileceğimiz, ikinci verilen programa göre ise 309 olgu yeterli olacağı anlaşılmasına karşın çalışmaya bu sayının üzerinde (n=366) olgu alındı.

Olgularımız sağlık ocaklarına ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine bebeklerini muayeneye ve/veya aşı için getiren annelerden oluşmaktaydı. Düşük, kürtaj ve ölü doğum yapanlar ile müsait olmadığı için çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olgular çalışma dışı bırakıldı. Olgularımızın tümünde son bir yıl içerisinde sezaryen ve normal vajinal doğum yapmış olma koşulu arandı.

Çalışmaya alınan tüm kadınlara 33 sorudan oluşan standart bir anket formu (Ek-3) dolduruldu. Anket formu konu ile ilgili daha önce yapılan çalışmalar incelenerek ve literatür bilgileri temel alınarak araştırmacı tarafından hazırlandı (1,2,4,13,78). Çalışmaya katılanlara bilgilerinin bilimsel amaçla kullanılacağı ve isimlerinin gizli tutulacağı anlatıldı. Anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Her bir anket formunun doldurulması ortalama 10 dakika sürdü. Katılımcıların soruları anlamaması halinde açıklama yapılarak yardımcı olundu ve tüm anket formları araştırmacı tarafından bizzat dolduruldu.

Olgularımız sezaryen doğum yapanlar (n=208) ve normal vajinal doğum yapanlar (n=158) olmak üzere iki grupta değerlendirildi. Sezaryen olanlar ayrıca kendi içerisinde elektif (n=64), elektif endikasyonlu (n=126) ve acil (n=18) nedenlerle sezaryen olanlar şeklinde üçe ayrıldı. Doktor önerisi, kendi tercihi ve tüp ligasyonu yaptırmak için sezaryen doğumlar “elektif sezaryen” olarak değerlendirildi. Miad aşımı, makat geliş, mükerrer sezaryen, tüp bebek, iri bebek, çoğul gebelik nedeniyle sezaryen doğum yapan katılımcılar “elektif endikasyonlu sezaryen” olarak ve fetal distress, kordon dolanması ve oligohidramniyon nedeniyle sezaryen doğum yapan katılımcılar “acil sezaryen” grubunda değerlendirilmiştir. Tüm olgulara yaşı, evlilik süresi, çalışma durumu gibi tanımlayıcı bazı sorular soruldu. Sosyo-demografik durum, sosyoekonomik düzey ve geçmiş obstetrik öykü ile ilgili sorular da sorularak anket formuna kaydedildi. Olgularımızın gelir düzeyleri Türkiye İstatistik Kurumunun 2007 yılı yoksulluk sınırı verileri temel alınarak gruplandırılmıştır (79).

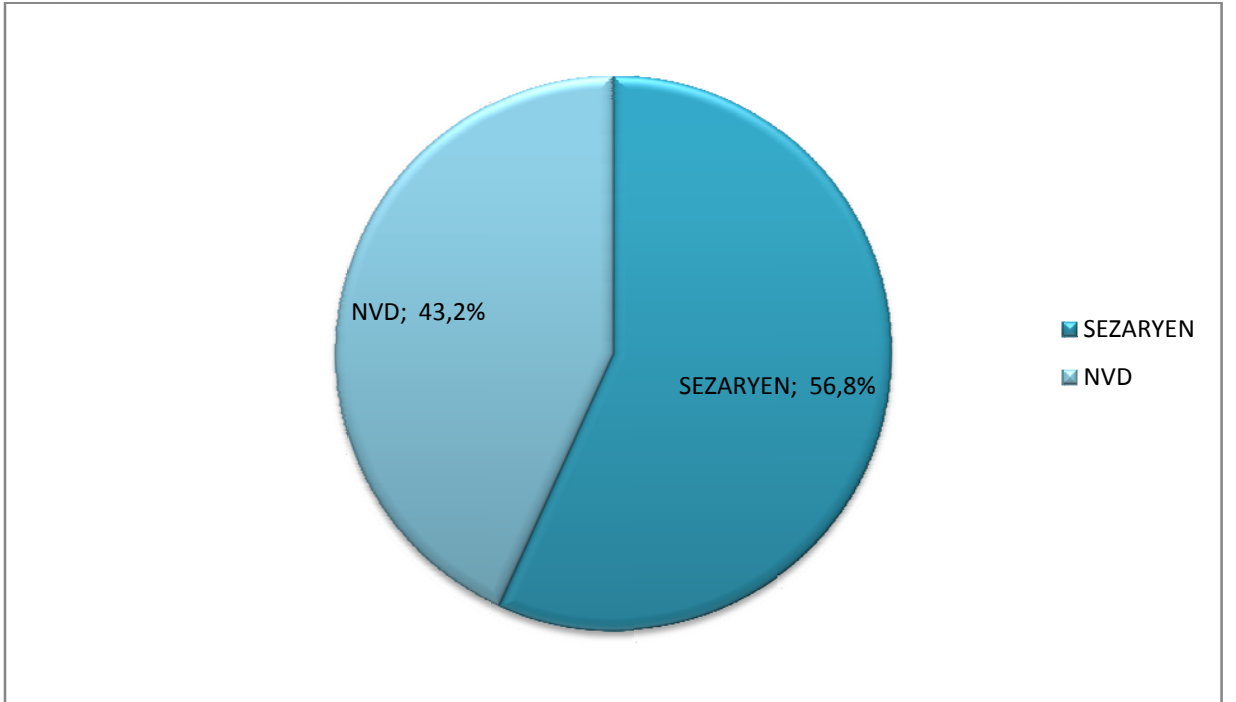
Verilen cevaplar sezaryen ve normal vajinal doğum yapanların antenatal dönem ve doğum sırasında aldığı bakımın farklılıklarını araştırmak amacıyla karşılaştırıldı. Sorular içerisinde ideal çocuk sayısı için kişilerin kendilerinin öngördüğü çocuk sayısı dikkate alındı. Gebelikte tehlike belirtisi olarak vajinal kanama, abdominal ağrı, vücut ısısının 38°C üzerinde olması, baş dönmesi, bulanık ve çift görme, sürekli kusma, aşırı baş ağrısı, el, yüz, bacak ve ayaklarda ödem, epigastrik ağrı, oliguri, fetal hareketlerin yokluğu ve konvülsiyonlar olması kastedildi. Ölü doğum, 20 hafta ve üzeri bebek ölümü olarak alındı. Alkol ve sigara kullanımı, gebelik sırasında sürekli veya aralıklı olarak içki-sigara içme durumu olarak kabul edildi.

Sezaryen doğum yapan olgularda ise sezaryene karar verme sürecine etki eden faktörler araştırıldı.

Anket formlarında bildirilen cevaplar “Minitab” programında (Lisans No: WCP1331.00197) kayıt edildi. Sürekli değişkenler için Student t-testi, kesikli değişkenler ise “ki-kare testi” ile değerlendirildi. Lineer korelasyonların incelemesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Çoklu değişkenler ANOVA ve Post Hoc Student Newman Kermes testleri ile incelendi. Sonuçlar  $p < 0.05$  ise anlamlı kabul edildi.

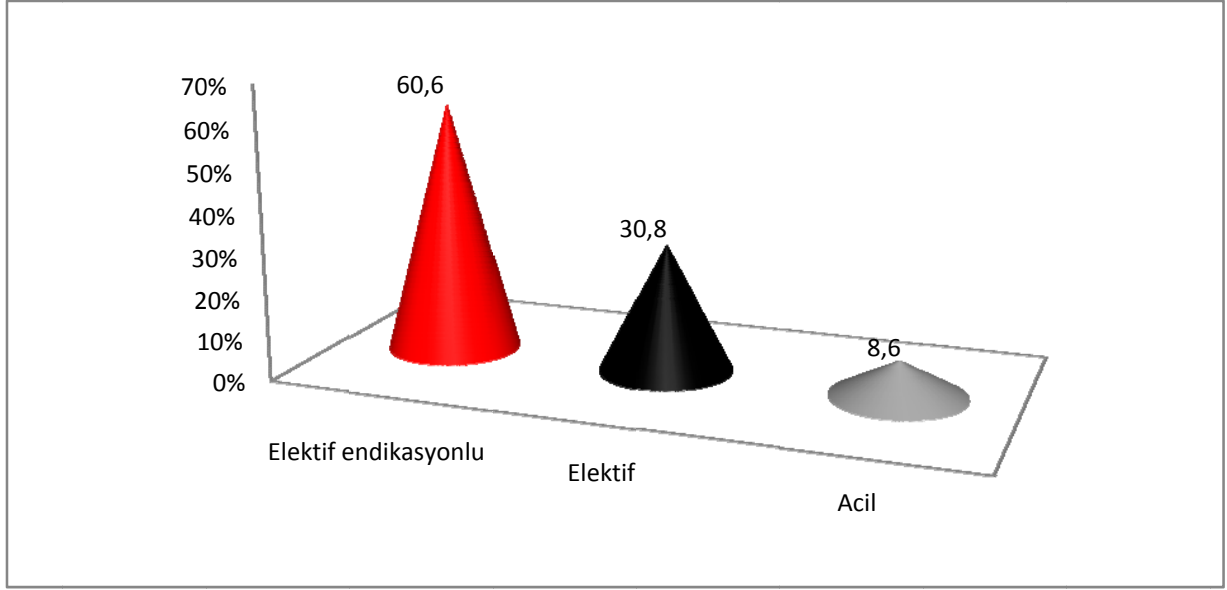
## BULGULAR

Çalışmamız son bir yıl içerisinde İstanbul ili Beşiktaş ilçesinde doğum yapmış 366 kadın üzerinde yapılmıştır. Şekil 1’de görüldüğü gibi olgularımızın 208 (%56.8)’i sezaryen doğum, 158 (%43.2)’si normal vajinal doğum yapmıştır. Sezaryen olan katılımcıların ise 64 tanesi elektif (%30.8), 126 tanesi elektif endikasyonlu (%60.6) ve 18 tanesi (%8.6) acil olarak sezaryenle doğum gerçekleştirmiş kişilerden oluşmaktaydı (Şekil 2). Çalışmaya alınan olguların doğum biçimine göre yaş, kendilerinin ve eşlerinin eğitim durumlarına göre özellikleri Tablo 7’de sunulmuştur.



**Şekil 1:Doğum Yöntemleri**

NVD: Normal vajinal doğum.



Şekil 2: Sezaryen Doğum Nedenleri

Tablo 7. Katılımcıların Yaş ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımları

		Sezaryen		NVD		p	Toplam	
		n	%	n	%		n	%
<b>Yaş</b>	15-19	6	50	6	50	<0.001*	12	3.3
	20-24	35	43.7	45	56.3		80	21.9
	25-29	66	51.2	63	48.8		129	35.2
	30-34	60	67.4	29	32.6		89	24.3
	≥35	40	71.4	16	28.6		56	15.3
	<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	89	47.1	100		52.9	0.005* $\chi^2= 16.906$
Lise		79	65.8	41	34.2	120	32.8	
Üniversite ve üstü		40	70.2	17	29.8	57	15.6	
<b>Eşinin Eğitimi</b>	İlköğretim	87	51.5	82	48.5	0.001* $\chi^2= 22.068$	169	46.1
	Lise	57	50.4	56	49.6		113	30.9
	Üniversite ve üstü	64	76.2	20	23.8		84	23

NVD: Normal vajinal doğum, \*Ki-kare testi.

Yaş ortalaması NVD yapanlarda 27.16±5.15, sezaryen doğum yapanlarda ise 29.42±5.45 yıl olarak saptandı (p<0.001). 15-19 yaş grubundaki kadınların %50'si normal vajinal doğum, %50'si sezaryen doğum yapmışken, yaşın artması ile birlikte sezaryen doğumların da arttığı izlendi. Yaşın doğum şekline etkisi bakımından gruplar arasındaki farkın 30 yaş ve üstü kişilerin sezaryen oranının yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı (%28.6 NVD, %71.4 sezaryen, p<0.001) (Tablo 7).

Eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan kadınların %52.9'u NVD, %47.1'i sezaryen doğum yapmıştı (p<0.05), ancak lise ve üniversite ve üzeri eğitimi olanlarda doğum şekli anlamlı biçimde farklı bulundu (p=0.005) (Tablo 7). Eşlerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde sezaryen doğum yapan olguların eşlerinin daha fazla eğitim aldığı saptandı. Eşleri üniversite ve üzeri eğitim almış kadınların daha çok sezaryen ile doğum yaptığı bulundu (p=0.001).

**Tablo 8. Katılımcıların Gelir Düzeyi ve Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı**

Gelir Düzeyi	Sezaryen		NVD		p	Toplam	
	n	%	n	%		n	%
0-619 TL	7	41.2	10	58.8	0.021* r=0.12**	17	4.6
620-1239 TL	93	51.4	88	48.6		168	49.5
1240-1859 TL	43	64.2	24	35.8		86	18.3
1860 ve üstü	65	64.4	36	35.6		59	27.6
<b>Sağlık güvencesi</b>							
Yok	15	46.9	17	53.1	0.062* $\chi^2=10.497$	32	8.7
Bağ-Kur	25	64.1	14	35.9		39	10.7
Yeşil Kart	4	40	6	60		10	2.7
Emekli Sandığı	25	64.1	14	35.9		39	10.7
SSK	128	54.7	106	45.3		234	63.9
Özel	11	91.7	1	8.3		12	3.3

NVD: Normal vaginal doğum, SSK: Sosyal Sigorta Kurumu, \* ki-kare testi ve\*\* Pearson korelasyon analizi.

Olgularımızın ortalama gelir düzeyi 1465.9± 494.97 TL olarak hesaplandı, %4.6'sı ise yoksulluk sınırı olan 619 TL'nin altında idi. Sezaryen doğum yapan olgularımızda gelir düzeyi 1240 TL üzerinde 108 kişi, NVD yapan olgularımızda ise 60 kişi olarak bulundu (Tablo 8). Sezaryen doğum yapan katılımcıların gelir düzeyi ortalama 1569±841.63 TL iken, NVD yapan katılımcıların gelir düzeyi ortalama 1329±659.57 TL idi (p=0.003). Gelir düzeyi



ile sezaryen doğum oranı arasında pozitif korelasyon olduğu saptandı ( $p=0.021$ ,  $r=0.12$ ). Sezaryen doğum yapan olgulardan elektif, elektif endikasyonlu ve acil nedenlerle sezaryen olan olgular arasında gelir düzeyi açısından fark saptanmadı ( $p=0.718$ ).

Olgularımızın 32 (%8.7)'sinin sağlık güvencesi yoktu. Olgularımızın çoğu SSK güvencesine sahipken Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları da olgularımız içinde ikinci sırada çoğunluğu oluşturmaktaydı (Tablo 8). Bunlara göre doğum şeklinin sağlık güvencesiyle ilişkisinin olmadığı saptandı ( $p=0.062$ ).

Olgularımızın %12.6'sı akraba evliliği yapmıştır. Akraba evliliği yapan olgularımızın %63'ünün NVD, %37'sinin sezaryen doğum yaptığı saptandı ( $p=0.004$ ) (Tablo 9). Evlilik süresi NVD yapanlarda ortalama  $6.47\pm 4.96$  yıl iken sezaryen olanlarda  $6.07\pm 4.89$  yıl olarak bulundu ( $p=0.446$ ). Doğum şekli ile evlilik süresi arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0.002$ ).

**Tablo 9. Katılımcıların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımları**

	Sezaryen		NVD		p	Toplam	
	n	%	n	%		n	%
<b>Akraba Evliliği*</b>					0.004* $\chi^2= 8.470$		
Var	17	37	29	63		46	12.6
Yok	191	59.7	129	40.3		320	87.4
<b>Evlilik Süresi**</b>							
<5 yıl	97	55.4	78	44.6	0.002*	175	47.8
5-15 yıl	100	60.2	66	39.8		166	45.4
>15 yıl	11	44	14	56		25	6.8

NVD: Normal vajinal doğum, \*Ki-kare testi.

Olguların doğurganlık özellikleri Tablo 10'da yaş gruplarına göre verilmiştir. Sezaryen ve NVD yapan olgularımızı doğurganlık özelliklerine göre karşılaştırdığımızda ilk gebelik yaşı bakımından anlamlı fark saptandı ( $p<0.001$ ). Bu fark 25 ve üzeri yaş grubunda daha fazla sezaryen doğum yapılmasından kaynaklanıyordu. NVD yapan kadınların ilk gebelik yaşı ortalama  $22.16\pm 3.77$  iken sezaryen doğum yapanların ortalaması  $25.24\pm 5.03$  yıl bulundu ( $p<0.001$ ). NVD ile elektif, elektif endikasyonlu ve acil sezaryen doğumu ilk gebelik yaşı bakımından karşılaştırdığımızda sezaryen doğum yapan her üç grubun ilk gebelik yaşı benzerken, NVD yapan kadınların ilk gebelik yaşı diğer gruplara kıyasla düşük bulundu ( $p<0.001$ ). Toplam gebelik, doğum, ölü doğum, düşük ve ideal çocuk sayısı açısından sezaryen ve NVD yapanlar arasında bir ilişki saptanmadı (Tablo 10).

**Tablo 10. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları**

		Sezaryen		NVD		p	Toplam	
		n	%	n	%		n	%
<b>İlk Gebelik Yaşı</b>	19 ve <19	33	50	33	50	<0.001* $\chi^2=37.617$	66	18.1
	20-24	76	48.7	80	51.3		156	42.6
	25-29	69	67	34	33		103	28.1
	$\geq 30$	29	70.7	12	29.3		41	11.2
<b>Gebelik Sayısı</b>	1	95	61.7	59	38.3	0.374* $\chi^2=4.242$	154	42.1
	2	64	52.5	58	47.5		122	33.3
	3	26	50	26	50		52	14.2
	4	14	56	11	44		25	6.8
	$\geq 5$	9	69.2	4	30.8		13	3.6
<b>Doğum Sayısı</b>	1	110	62.1	67	57.9	0.149* $\chi^2=6.766$	177	48.3
	2	75	53.6	65	46.4		140	38.3
	3	20	48.8	21	51.2		41	11.2
	4	2	28.6	5	71.4		7	1.9
	$\geq 5$	1	100	0	0		1	0.3
<b>Ölü Doğum Sayısı</b>	Var	6	66.7	3	33.3	0.546* $\chi^2=0.364$	9	2.5
	Yok	202	56.6	155	43.4		357	97.5
<b>Düşük sayısı</b>	Var	43	64.2	24	35.8	0.131* $\chi^2=8.504$	67	18.3
	Yok	165	55.2	134	44.8		299	81.7
<b>İdeal Çocuk Sayısı</b>	1	23	63.9	13	36.1	0.601* $\chi^2= 2.745$	36	9.8
	2	144	56.25	112	43.75		256	69.9
	3	37	56.9	28	43.1		65	17.8
	$\geq 4$	4	44.4	5	55.6		9	2.5

NVD: Normal vaginal doğum, \*Ki-kare testi.

Gebelik sayısı ve doğum sayısını incelediğimizde olgularımızın genellikle bir ve iki kez gebe kaldıkları ve doğum yaptıkları saptandı. Gebelik sayısı NVD yapanlarda ortalama  $2.02 \pm 1.07$ , sezaryen doğum yapanlarda  $1.97 \pm 1.26$  olarak saptandı. Doğum sayısı ise NVD yapanlarda  $1.77 \pm 0.8$ , sezaryen doğum yapanlarda  $1.60 \pm 0.74$ 'tü. Olgularımıza ideal çocuk sayısı sorulduğunda da %69.9 gibi büyük bir kısmı ideal çocuk sayısının 2 çocuk olduğunu bildirdi (Tablo 10).

Tablo 11’de araştırmaya katılan kadınların son gebelik özelliklerini incelediğimizde gebelerin %83.6’sı (n=306) gebeliğini planlamıştır. Olgularımızda gebeliğin planlanmasının doğum şekli üzerinde etkili bir faktör olmadığı bulundu (p=0.243). NVD yapanların %81’i, elektif sezaryen doğum yapanların %88.9’u, elektif endikasyonlu sezaryen olanların %85.8’i ve acil sezaryen olanların %72.2’si gebeliğini planlamıştı (p=0.239). NVD ile sezaryen doğum yapan kadınlar arasında gebelik tanısını aldıkları yer açısından anlamlı fark saptandı (p=0.015). Olgularımızın genellikle eczaneden aldıkları testle gebe olduklarını öğrendikleri, NVD yapan kadınların daha çok sağlık ocağında gebelik tanısı aldığı ve sezaryen ile doğum yapanların daha çok özel hastanede gebelik tanısı aldığı saptandı.

Son gebelik özelliklerinde sorgulanan diğeri bir faktör de doğum öncesi danışmanlık hizmeti alma durumu idi. Araştırmaya katılan kadınların birçoğu doğum öncesi danışmanlık hizmeti almamıştı (%81.4). Doğum öncesi danışmanlık hizmeti alan kadınların çoğu tedavi ile gebe kalan kadınlardı (n=42). Gebelikleri sırasında elektif sezaryen olan olguların %28.6’sı, elektif endikasyonlu sezaryen olan olguların %15.7’si, acil sezaryen olanların %38.9’u ve NVD yapan olguların %14.6’sı doğum öncesi danışmanlık hizmeti aldığını bildirdi (p=0.01,  $\chi^2=11.429$ ). Doğum yöntemleri ile ilgili bilgi alma daha çok sezaryen doğum yapanlarda saptandı (%60.4 vs %39.6, p=0.017) (Tablo 11).

Olgularımızın %63.1’i özel hastanede doğum yapmıştı. Sezaryen doğum ve NVD yapanlar arasında doğum yaptıkları yer bakımından anlamlı bir fark saptandı (p=0.001) (Tablo 11). Özel hastanede gebelik takibi ve doğum yapanların %65.4’ü sezaryen ile doğum yaparken, devlet hastanesinde gebelik takibi ve doğum yapanların %62.8’i NVD yapmışlardı. Çalışmamızda üniversite hastanesinde doğum yapan sadece 14 kişi olmasına karşın bunların büyük çoğunluğu (%85.7) da sezaryen ile doğum yapmışlardı. Elektif sezaryen olan olguların %78.1’i, elektif endikasyonlu sezaryen olanların %67.5’i, acil sezaryen olanların %88.9’u ve NVD yapanların %50.6’sı özel hastanede doğum yapmıştı. Bu grupların devlet hastanesinde doğum yapma oranları sırasıyla %17.1, %25.4, %11.1 ve %48.1 idi. Üniversite hastanesinde doğum yapan 14 kişi ise NVD yapanların %1.3’ünü, elektif sezaryen olanların %4.7’sini ve elektif endikasyonlu sezaryen olanların %7.1’ini oluşturmaktaydı. Acil sezaryen olan grupta üniversite hastanesinde doğum yapılmamıştı.

Çalışmamızdaki tüm katılımcıların ortalama antenatal izlem sayısı  $7.87\pm 5.65$  idi. NVD yapanlar gebeliği sırasında ortalama  $7.53\pm 2.65$  kez antenatal izlemlere gitmişken, sezaryen ile doğum yapan kadınlar ortalama  $8.13\pm 2.24$  kez gitmişti (p=0.019, t=2.356).

**Tablo 11. Katılımcıların Son Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımları**

		Sezaryen		NVD		p	Toplam	
		n	%	n	%		n	%
<b>Gebeliğin Planlanması</b>	Evet	178	58.2	128	41.8	0.243* $\chi^2=1.365$	306	83.6
	Hayır	30	50	30	50		60	16.4
<b>Gebelik Tanısının Nerede Konulduğu</b>	Sağlık Ocağı	11	32.4	23	67.6	0.015* $\chi^2=12.267$	34	9.3
	Devlet Hastanesi/Doğumevi	17	65.4	9	34.6		26	7.1
	Üniversite	1	100	0	0		1	0.3
	Özel	32	68.1	15	31.9		47	12.8
	Eczane	147	57	111	43		258	70.5
<b>Doğum Öncesi Danışmanlık Alma</b>	Evet	45	68.2	23	31.8	0.085* $\chi^2=2.973$	68	18.6
	Hayır	163	54.7	135	45.3		298	81.4
<b>Doğum Yöntemleri Hakkında Bilgi Alma</b>	Evet	134	60.6	87	39.4	0.017* $\chi^2=10.166$	221	60.4
	Hayır	74	51	71	49		145	39.6
<b>Gebelik Takibi ve Doğumun Yapıldığı Yer</b>	Devlet Hastanesi/Doğumevi	45	37.2	76	62.8	0.001* $\chi^2=32.270$	121	33.1
	Özel	151	65.4	80	34.6		231	63.1
	Üniversite	12	85.7	2	14.3		14	3.8
<b>İlk Bakım Alma</b>	1.ay	121	67.2	59	32.8	0.002* $\chi^2=19.302$	180	49.2
	2.ay	70	46.4	81	53.6		151	41.2
	3.ay	11	42.3	15	57.7		26	7.1
	4.ay	2	50	2	50		4	1.1
	≥5 ay	4	80	1	20		5	1.4

NVD: Normal vaginal doğum, \*Ki-kare testi.

Gebeliğini planlayan katılımcıların ortalama antenatal izlem sayısı  $7.9 \pm 2.4$  iken, plansız gebeliklerde ortalama  $7.8 \pm 2.6$  olarak bulundu ( $p=0.709$ ,  $t=0.373$ ). NVD, acil, elektif

ve elektif endikasyonlu sezaryen doğum yapan kadınların ortalama antenatal izlem sayısı arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.745$ ).

Kadınlara ilk kez doğum öncesi bakım almaya gebeliğin hangi ayında başladığı soruldu. Birinci ve 5. ayda antenatal bakım almaya başlayanların daha fazla sezaryenle doğum yaptığı saptandı (sırasıyla %67.2 ve %80,  $p=0.002$ ) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların son gebeliklerinde sigara ve alkol kullanma durumları incelendi. Katılımcıların 43 tanesi (%11.7) gebeliği sırasında sigara içtiğini ve sadece 3 tanesi (%0.81) alkol kullandığını ifade etti. Sigara kullanmış olanların %55.8'inin ( $n=24$ ) sezaryen, %44.2'sinin ( $n=19$ ) ise NVD yapmış oldukları belirlendi ( $p>0.05$ ). Alkol kullanmış olanların %66.7'sinin ( $n=2$ ) sezaryen, %33.3'ünün ( $n=1$ ) ise NVD yapmış oldukları belirlendi.

Gebeliği sırasında kalp-damar, böbrek, hematolojik, gastrointestinal, nöromusküler, endokrin sistem veya kollajen doku hastalıkları gibi mevcut kronik hastalığı bulunan kişiler tüm katılımcıların %8.5'ini ( $n=31$ ) oluşturmaktaydı. Son gebeliklerinde mevcut sistemik hastalık öyküsü bulunan katılımcıların %80.6'sının ( $n=25$ ) sezaryen, %19.4'ünün ( $n=6$ ) ise NVD yaptıkları saptanmıştır ( $p=0.207$ ).

Tablo 12'de katılımcıların son gebeliklerinde bakım alma özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelik izleminde yapılanlar bakımından sezaryen ve NVD yapan kadınlar karşılaştırıldı. Sarılık, idrar, kan sayımı tetkiki ile kilo ölçümü, tansiyon, çocuk kalp sesleri (ÇKS) ve USG takibi açısından NVD yapanlarla sezaryen olmuş kişiler arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Ancak boy ölçümü yapılan ( $p=0.032$ ) ve vajinal muayene olanlarda ( $p<0.001$ ) sezaryen doğum yapma daha fazla idi. NVD ile sezaryen doğumun alt gruplarını karşılaştırdığımızda NVD yapanların acil sezaryen, elektif ve elektif endikasyonlu sezaryen olanlardan gebeliğinde ve doğum sırasında daha fazla vajinal muayene olduğu saptandı ( $p<0.001$ ). Sarılık, idrar, kan sayımı tetkiki ile kilo ölçümü, tansiyon, ÇKS ve USG takibi açısından NVD ve sezaryen doğumun alt grupları karşılaştırıldığında fark bulunamadı ( $p>0.05$ ).

Gebeliği sırasında egzersiz eğitimi alan toplam 229 kişinin çoğunluğunun sezaryen doğum yaptığı (116/208 vs 113/158 kişi,  $p=0.002$ ) saptandı. NVD yapan kadınların %71.5'i, elektif %63.5'i, elektif endikasyonlu %69'u ve acil sezaryen doğum yapan kadınların %38.9'u gebeliği sırasında egzersiz eğitimi almıştı. NVD yapan kadınların acil sezaryen olan kadınlara oranla daha fazla egzersiz eğitimi aldığı saptandı ( $p=0.004$ ). Buna karşın gebelikte verilen eğitimlerden gebelikte tehlike belirtileri, beslenme, emzirme, aile planlaması konularının doğum şekli üzerine etkisi olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ). Doğuma hazırlık eğitimi

yapanlarda daha fazla sezaryen doğum yapıldığı izlendi (Tablo 12, Şekil 3). Ayrıca elektif sezaryen olan kadınların %73'ü, elektif endikasyonlu sezaryen olan kadınların %66.9'u, acil sezaryen olanların %61.1'i ve NVD yapan kadınların %80.4'ü gebeliği sırasında doğuma hazırlık eğitimi aldığı bulundu. NVD yapan kadınların sezaryen olan gruplara kıyasla daha fazla doğuma hazırlık eğitimi aldığı saptandı (p=0.044).

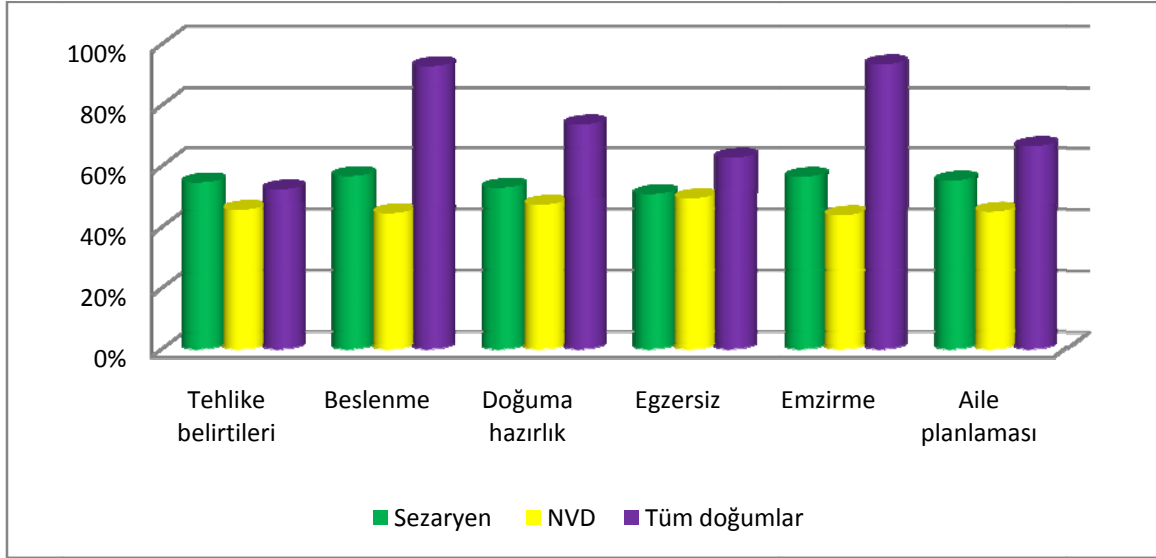
**Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Son Gebelikte Bakım Alma Özelliklerine Göre Dağılımları**

		Sezaryen		NVD		p	Toplam	
		n	%	n	%		n	%
<b>Gebelik İzleminde Yapılanlar</b>	Sarılık tetkiki	186	57.9	135	42.1	0.251 $\chi^2=1.319$	321	87.7
	Kilo ölçümü	203	56.4	157	43.6	0.186 $\chi^2=1.746$	360	98.4
	Boy ölçümü	172	59.7	116	40.3	0.032 $\chi^2=4.606$	288	78.7
	Tansiyon takibi	207	56.9	157	43.1	0.845 $\chi^2=0.038$	364	99.5
	Kan sayımı	206	56.9	156	43.1	0.782 $\chi^2=0.077$	362	98.9
	İdrar tetkiki	206	57	155	43	0.444 $\chi^2=0.585$	361	98.6
	ÇKS Takibi	208	57.1	156	42.9	0.104 $\chi^2=2.647$	364	99.5
	USG Takibi	208	57.1	156	42.9	0.104 $\chi^2=2.647$	364	99.5
	Vajinal muayene	176	53	156	47	<0.001 $\chi^2=21.241$	332	90.7
<b>Gebelikte Verilen Eğitimler</b>	Gebelikte tehlike belirtileri	104	54.5	87	45.5	0.337 $\chi^2=0.923$	191	52.2
	Gebelikte beslenme	192	56.6	147	44.4	0.791 $\chi^2=0.070$	339	92.6
	Doğuma hazırlık	142	52.8	127	47.2	0.009 $\chi^2=6.761$	269	73.5
	Gebelik egzersizleri	116	50.7	113	49.3	0.002 $\chi^2=9.510$	229	62.6
	Emzirme	192	56.3	149	43.7	0.453 $\chi^2=0.562$	341	93.2
	Aile planlaması	134	55.1	109	44.9	0.360 $\chi^2=0.838$	243	66.4

NVD: normal vajinal doğum, ÇKS: Çocuk kalp sesleri, USG: Ultrasonografi,

Doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı konusunda bilgi edinenler sezaryen olanlarda 164 kişi (%61.7), NVD yapanlarda ise 102 kişi (%38.3) idi (p=0.002,  $\chi^2=9.233$ ). Ayrıca elektif sezaryen olan kadınların %84.1'i, elektif endikasyonlu sezaryen doğum yapanların %75.6'sı, acil sezaryen doğum yapanların %83.3'ü ve NVD yapanların %64.6'sı

doğumun nerede kim tarafından yapılacağı konusunda bilgi edinmişti ve NVD yapanlar ile elektif ve acil sezaryen olan kadınlar arasındaki bu fark anlamlı bulundu ( $p=0.012$ ).



**Şekil 3. Katılımcıların gebelik sırasında aldığı eğitimler**

NVD: normal vajinal doğum

**Tablo 13. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğum Şekli ve Son Gebelik Takibini Yaptırdığı Kuruluşa Göre Tetanoz Aşısı Yaptırma Durumları**

	Tetanoz aşısı yaptırmayanlar		Tetanoz aşısı yaptıranlar		Toplam tetanoz aşısı yaptıranlar	
	n	%	n	%	n	%
Normal vajinal doğum	77	48.7	81	51.3	158	51.3
Sezaryen doğum	136	65.4	72	34.6	208	34.6
AÇSAP	13	54.2	11	45.8	24	6.6
Üniversite Hastanesi	7	50	7	50	14	3.8
Devlet Hastanesi/ Doğumevi	40	43	53	57	93	25.4
Sağlık Ocağı	2	50	2	50	4	1.1
Özel Hastane	132	66	68	34	200	54.6
Özel Muayenehane	19	61.3	12	38.7	31	8.5

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik takibini yaptıkları sağlık kuruluşuna göre tetanoz aşısı yaptırma durumları Tablo 13’de verilmiştir. Son gebelik sırasında tetanoz aşısı yaptırma durumu incelendiğinde NVD yapan kadınların (%51.3), sezaryen doğum yapanlar ile kıyaslandığında (%34.6) daha fazla tetanoz aşısı yaptırdığı saptandı ( $p=0.001$ ). Özel

hastane ve özel muayenehane haricinde tüm sağlık birimlerinde tetanoz aşısı yaptırma oranı benzerken özel hastanelerde gebelik izlemi yaptıran katılımcıların sadece %34'üne tetanoz aşısı yaptırıldığı saptandı ve bu fark anlamlı bulundu ( $p<0.005$ ,  $\chi^2=14.601$ ). Elektif sezaryen olanların %30.2'si, elektif endikasyonluların %37.8'i, acil sezaryen olanların %27.8'i ve NVD yapanların %51.3'ü gebeliğinde tetanoz aşısı yaptırmıştı. NVD yapan olguların gebeliği sırasında tetanoz aşısı yaptırma durumu sezaryen doğum yapan üç gruptan anlamlı şekilde yüksekti ( $p=0.009$ ).

**Tablo 14. Katılımcıların Son Gebeliklerindeki doğum Ağırlıkları ve Emzirme Durumlarının Dağılımı**

		Sezaryen		NVD		p	Toplam	
		n	%	n	%		n	%
<b>İlk Bir Saatte Emzirme</b>	Evet	147	50.5	144	49.5	<0.001 $\chi^2=23.084$	291	79.5
	Hayır	61	81.3	14	18.7		75	20.5
<b>Doğum Kilosu</b>	2000gr altı	2	40	3	60	0.593 $\chi^2=1.904$	5	1.4
	2000-2500	11	44	14	56		25	6.8
	2501-3000	41	53.9	35	46.1		76	20.8
	3000gr üstü	154	59.2	106	40.8		260	71.0

**NVD:** normal vajinal doğum

Doğumun nasıl başladığı sorulduğunda NVD yapan kadınların (n=158) 114'ünün (%72:1) ağırları sıklaşmış, 26'sının (%16.5) suyu gelmiş, 15 tanesi (%9.5) ise diğer nedenleri göstermişken, sadece 3 tanesine (%1.9) doktoru zaman vermişti. Sezaryen olanlarda (n=208) ise 28'inin (%13.5) ağırları sıklaşmış, 24 tanesinin (%11.5) suyu gelmiş, 138 tanesine (%66.3) doktoru zaman vermişken 18'i (%8.7) diğer nedenleri gösterdi. Doğumun başlama hali açısından iki grup arasında ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ( $p<0.001$ ). Doğumun nasıl başladığı sorusu sezaryen doğum alt gruplara ayrılarak tekrar değerlendirildiğinde elektif sezaryen olan kadınların %68.3'üne, elektif endikasyonlu sezaryen olanların %70.9'una doktorun zaman verdiği belirlendi.

Tablo 14'te araştırmaya katılan kadınların son gebeliklerinde bebek doğum ağırlıkları ve emzirme durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %79.5'i doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde bebeklerini emzirmişti. Bebeklerini ilk bir saat



içerisinde emziremeyen kadınların %81.3'ü sezaryen ile doğum yapmış kadınlardı ve NVD yapanlara kıyasla (%18.7) ilk bir saatte emzirememe anlamında iki grup arasında anlamlı fark saptandı ( $p<0.001$ ). Elektif sezaryen olan kadınların %47.6'sı, elektif endikasyonlu sezaryen olan kadınların %83.5'i, acil sezaryen olanların %61.1'i ve NVD yapan kadınların %91.1'i ilk bir saat içinde bebeklerini emzirebilmişti. NVD yapan kadınlar ilk bir saat içinde bebeklerini daha çok emzirmişken, elektif sezaryen olanların yaklaşık yarısı ilk bir saat içinde bebeklerini emzirememiştir ( $p<0.001$ ).

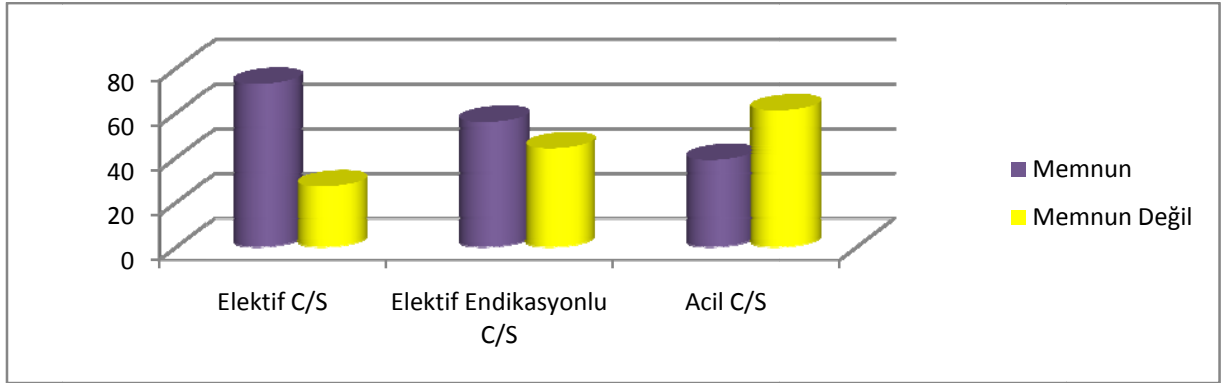
Bebeklerin doğum ağırlığı (Tablo 14) ve doğum boyları incelendiğinde sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin doğum kilosu ve boyu ( $3278.5\pm534.4\text{gr}$  vs  $3189.9\pm497.2\text{gr}$ ,  $p>0.05$ ;  $50\text{cm}$  vs  $49.7\text{cm}$ ,  $p>0.05$ ) daha fazla olmakla beraber bu farklar anlamlılık sınırına ulaşmadı.

Tablo 15'te sezaryen doğum yapan kadınların sezaryen doğum özellikleri verilmiştir. Sezaryen doğum yapan kadınların sezaryen olma nedenine bakıldığında en fazla %60.6 ile elektif endikasyonlu sezaryen ilk sırada, daha sonra ise %30.8 ile elektif sezaryen nedeniyle sezaryen doğum tercih edilmiştir. Sezaryen doğum yapan kadınlara sezaryen olduğuna memnun olup olmadığı sorulduğunda 124 kişinin memnun olduğu ve sezaryen doğum yapan kadınların %86.1'inin ilk doğumunuz NVD olsaydı ikinci doğumu NVD tercih eder miydiniz sorusuna evet dediği saptandı. Elektif sezaryen olan olguların ( $n=46$ ) %73'ü, elektif endikasyonlu sezaryen olan olguların ( $n=71$ ) %55.9'u ve acil sezaryen doğum yapan olguların ( $n=7$ ) %38.9'u sezaryen doğumdan memnun olduğu belirlendi. Elektif sezaryen olanlar sezaryen ile doğumdan daha çok memnun iken, acil sezaryen olanlar daha az memnundu ( $p=0.013$ ). Sezaryen doğumdan memnun olmayan olgular ( $n=84$ ) memnuniyetsizliklerinin nedeninin operasyon sonrası ameliyat yerinde ağrı ve uzun süre ağrılarının tekrarlaması olduğunu ifade ettiler. Elektif sezaryen olan kadınların (%73), acil (%55.9) ve elektif endikasyonlu (%38.9) sezaryen olanlara kıyasla sezaryen doğumdan daha çok memnun oldukları saptandı ( $p=0.013$ ). Sezaryen doğum yapan kadınların alt gruplarında sezaryen doğumdan memnuniyet durumları Şekil 4'te verilmiştir.

Elektif endikasyonlu sezaryen olan kadınların büyük çoğunluğu (%89) ilk doğumu NVD olsaydı ikinciyi NVD tercih ederdim dediği saptandı, elektif sezaryen olanlarda ise bu oran %76.2 olarak hesaplandı ( $p=0.012$ ). Sezaryen doğum yapan kadınların sezaryen doğuma karar verildiğinde %78.9'unun doğum ağrıları başlamamış olup, sezaryen ameliyatı konusunda en fazla bilgiyi doktordan aldıkları saptandı. Tüm olgular içerisinde doğum öncesi duruş ya da geliş anomalisi olan 18 kişi vardı ve tamamı sezaryen doğum yapmıştı.

**Tablo 15. Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Sezaryen Doğum Özelliklerinin Dağılımı**

		n	%
<b>Sezaryen Nedeni</b>	Elektif	64	30.8
	Elektif Endikasyonlu	126	60.6
	Acil	18	8.6
<b>Memnuniyet Durumları</b>	Evet	124	59.6
	Hayır	84	40.4
<b>İlk doğum NVD olsaydı ikinci doğumu NVD tercih edenler</b>	Evet	179	86.1
	Hayır	29	13.9
<b>Sezaryen Tercih Edildiğinde Doğum Ağrılarının Başlaması</b>	Evet	44	21.1
	Hayır	164	78.9
<b>Doğum Öncesinde Duruş ya da Geliş Anomalisi Varlığı</b>	Evet	19	9.1
	Hayır	189	90.9
<b>Sezaryen Ameliyatı Hakkında Bilgilenme Durumu</b>	Bilgisi yok	70	33.6
	Doktor	117	56.3
	Ebe/Hemşire	7	3.4
	Kendi	14	6.7



**Şekil 4: Sezaryen Doğum Yapan Katılımcıların Operasyondan Memnun Olma Durumları**

C/S: Sezaryen

Çalışmaya alınan tüm katılımcıların anket formlarına verdiği yanıtlar ekte CD'de sunulmuştur (Ek-4).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda son bir yıl içerisinde doğum yapmış 366 kadın doğum yöntemleri ve antenatal dönemde aldıkları hizmet açısından değerlendirildi. Çalışmamızdaki kadınların büyük bir kısmı sezaryen ile ve özel hastanede doğum yapmış kişilerden oluşuyordu. Otuz yaş ve üzerindeki veya ilk gebelik yaşı  $\geq 25$  yaş kadınlarda, lise ve üzeri eğitim alanlarda, eşleri üniversite eğitimi alanlarda ve gelir düzeyi yüksek kişilerde, özel klinik ve üniversite hastanesinde doğum yapanlarda sezaryen oranı daha fazlaydı. İlk antenatal bakım erken (1.ay) veya geç (>5.ay) başlananlarda, gebelikte egzersiz yapan ve doğuma hazırlık eğitimi alanlarda da sezaryen olma oranı artmıştı. Sezaryenle doğum yapanlarda tetanoz aşısı yapılma oranı düşüktü ve çoğunluğuna doktorunun doğum için zaman vermiş olduğu saptandı.

Sağlıklı bir gebelik süreci yaşayabilme ve sağlıklı nesillere ulaşmada antenatal bakım hizmetlerinin yeri çok önemlidir. Gebelikte ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonların erken tespiti ve tedavisi, ölü doğumların ve bebek ölümlerinin önlenmesi için antenatal bakım hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yeterli ve nitelikli verilmesi hayati önem taşımaktadır (80). Çalışmamızda ülkemizin en gelişmiş ilçelerinden biri olan İstanbul/Beşiktaş'ta hastalarımızın antenatal izlem sayısı ortalama 7.87 kez ile Türkiye ortalaması olan 2.15'in oldukça üzerindeydi (81,15). Ayrıca gebeliğini planlayanlar ile planlamayan katılımcılar arasında antenatal izlem sayısı arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalıştığımız hasta grubunun %63.1'i özel hastanede doğum yapmış, %49.4'ü lise üzeri eğitimi olan ve ortalama 1465.9 TL gelir düzeyine sahip olması dikkate alınarak bu farkın ortaya çıktığı düşüncesindeyiz. Nitekim ülkemizdeki bazı çalışmalarda gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça antenatal bakım alma durumunun da arttığı ortaya konulmuştur (32,82).

Yirminci yüzyılın ortalarında, tıbbi teknolojinin gelişmesi antenatal takipte yeni tanı ve tedavi seçeneklerinin ortaya çıkmasına neden olmuş, bu durum da sosyoekonomik faktörlerin de etkisiyle sezaryen endikasyonlarının genişlemesi sonucunu doğurmuştur. “Optimal sezaryen hızı”, altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbitidenin yükseleceği kabul edilen rakamdır ve %15 olarak benimsenmiştir. Tüm kadın-doğum hekimlerinin bu düşüncüyü benimsediği halde sezaryen oranlarının gün geçtikçe artması şaşırtıcıdır. Komplike olmayan bir vajinal doğumun sezaryenle doğuma göre çok daha güvenilir olduğu bir gerçektir (83).

Son yıllarda sezaryen doğum oranlarında ülkemizde ve tüm dünyada ciddi bir artış gözlenmektedir. Özellikle Avusturya, Fransa, Almanya, İtalya, Kuzey Amerika, Britanya ve Kuzey İrlanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen ile doğum oranında hızlı bir artış gözlenmiştir. Brezilya, Çin ve Hindistan gibi daha az gelişmiş ülkelerde ise özellikle özel sektörde yapılan doğumlarda sezaryen doğum oranında önemli bir artış gözlenmiştir (84). Çalıştığımız olgu grubunun da büyük oranda özel hastanede doğum yaptığı göz önüne alınarak benzer sonuçlar elde ettiğimiz de ayrıca söylenebilir. Hindistan’da 2004 yılında sezaryen oranı %34.4’tür (85). 1994 yılında Brezilya’nın gelişmiş bir kentinde sezaryen oranı %50.8 iken, 1998 yılında daha az gelişmiş bir kentinde %33.7 olarak bulunmuştur (86). ABD’de 2007 yılında sezaryen oranı %45.1 olarak saptanmış ve bunlardan %31’ine elektif, %68.9’una acil sezaryen doğum yaptırılmıştır (87). Çalışmamızda tüm sezaryen olan olgular içerisinde acil nedenlerle sezaryen olanların oranı düşük (%8.6), ancak elektif (%30.8) ve elektif endikasyonlu (%60.6) olanlar ise esas çoğunluğu oluşturmaktadırlar. Her ne kadar amacımız sezaryen endikasyonlarını değerlendirmek olmasa ve çalışma kurgumuz bu durumu araştırmak üzere oluşturulmamışsa da bölgemizde elektif nedenlerle yapılmış sezaryen sayısının oldukça yüksek bulunduğu görülmektedir.

Ülkemiz genelinde 2006 yılında toplam 706 bin doğumun 288 bini (%40.7) sezaryenle gerçekleşmiştir. 2007 yılında ise toplam 766 bin doğum gerçekleşti ve 251 bini (%32.7) sezaryen doğum olmuştu (88). Son yıllarda ülkemizde doğudan batıya gidildikçe de sezaryen ile doğum oranı artmaktadır. Çeşitli illerde yapılan 2002 ile 2009 yılları arasında yayınlanan çalışmalar sonucunda sezaryen ile doğum oranı Afyon’da %58.2, Isparta’da %53.7, İzmir’de %40.2, İstanbul’da %47.8, Diyarbakır’da %31.6 ve Ağrı’da %10.1 olarak bildirilmiştir (64,73,89-92). Bizim çalışmamızdaki sezaryen doğum oranı (%56.8) da oldukça yüksek bulundu. Sezaryen doğum oranının ülkemizdeki ve dünyadaki birçok gelişmiş kentte daha fazla olması bizim araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. Çalışmamızı

gerçekleştirdiğimiz bölge ülkemizin gelir ve eğitim düzeyi yüksek bir bölgesi olduğundan bulgularımızın da dünyadaki gelişmiş kentlerdeki sonuçlara benzer olduğu düşüncesindeyiz.

Günümüzdeki uygulamalarda sezaryen endikasyonu olarak en sık bildirilen nedenlere bakıldığında; gebenin daha önce sezaryen geçirmiş olması, distosi (fetal, meternal ya da plental kaynaklı doğum güçlüğü, doğumun güçlük göstermesi), prezentasyon anomalileri (özellikle makat geliş), fetal distress, baş-pelvis uygunsuzluğu ve iri bebek gibi nedenlerin ilk sıraları aldığı görülmektedir (66). Çalışmamızda da olguların %4.9'unda gebeliği sırasında prezentasyon anomalisi tespit edilmiş ve sezaryen ile doğum yaptırılmıştı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sezaryen endikasyonları akut fetal distress (%34,11), makat geliş (%22,5), sefalopelvik uygunsuzluk (%18,33), başarısız doğum indüksiyonu (%17,17) şeklinde saptanmıştır (93). Isparta'da yapılan bir çalışmada 5 yılda en çok görülen endikasyon %27 oranıyla mükerrer sezaryen olmuştur (94). Hut'un (69) çalışmasında da sezaryen endikasyonları içinde ilk sırayı %46 oranla mükerrer sezaryenin aldığı, Karakaplan'ın (95) çalışmasında %44 olguda ilerlemeyen travay ve rejyonel anestezi ile sezaryen olanların %42'sinde mükerrer sezaryen ilk sırada yer almıştır. Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada ise sezaryen endikasyonları içinde mükerrer sezaryenin ilk sırayı aldığı, fetal distress ve ilerlemeyen travayın 2. ve 3. sırada yer aldığı bildirilmiştir (96).

Çalışmamızda sezaryen doğum yapan olgularımız üç gruba ayrılarak değerlendirme yapıldı. Olgularımızın büyük çoğunluğu (%60.6) elektif endikasyonlu başlığı altında miad aşımı, makat geliş, mükerrer sezaryen, tüp bebek, iri bebek, çoğul gebelik nedenleriyle sezaryen olmuştu. Çalışmamızdaki diğer olgular %30.8 ile doktor önerisi, kendi tercihi ve tüp ligasyonu gibi nedenlerle elektif sezaryen, %8.6'sı fetal distress, kordon dolanması ve oligohidramniyon nedenleriyle acil sezaryen doğum yapmıştı Ülkemizdeki bir çok çalışma gibi bizim çalışmamızda da elektif ve elektif endikasyonlu sezaryen olma oranı oldukça yüksekti. Nitekim bu endikasyonların ilk sırada yer almasının nedenini "bir kez sezaryen daima sezaryen" ve "kıymetli bebek" gibi görüşlerin ortaya atılması olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (69,93,94,96). Oysa son zamanlarda yapılan klinik uygulamalar, eski sezaryenlilerin %60-80'inin vajinal doğum yapabileceğini ortaya koymuştur (67).

Dölen ve ark. (83)'nin yaptığı çalışma annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istediklerini vurgulamakta ve anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, sezaryen oranlarının her yıl giderek arttığı, sezaryen doğumların gündüz saatlerinde ve cuma günlerinde daha fazla olduğuna dikkat çekmiştir.

Gebenin kendi istemi ile sezaryen doğum yapması ebeler için üzerinde durulması gereken önemli bir konudur çünkü ebelik aktivitelerinin iyi uygulandığı Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması dikkat çekicidir. Gelişmiş ülkelerde en uygun şekilde ebelik bakımı sunulmakta ve kadın prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almaktadır (97). Gamble ve ark. (98) tarafından, sezaryende gebe istemini değerlendirmek amacıyla yapılan meta-analizde, sadece önceki veya şimdiki gebeliğinde obstetrik komplikasyon yaşayan az sayıdaki kadının sezaryen istediği sonucuna varılmıştır. Söz konusu araştırmaların çoğunda gebelerin ebe tarafından, kaliteli ve nitelikli bir doğum öncesi danışmanlık alması son derece dikkat çekici bir bulgudur.

Doğum öncesi danışmanlık hizmeti adeta antenatal bakım hizmetinin temel basamağıdır. Doğum öncesi danışmanlık gebe kalmadan en az 3 ay önce başlamalıdır. Çünkü var olan hastalıkların tedavisi, önlemleri, vitamin ve folik asit desteği ve bağışıklama gibi konular için zaman gereklidir. Çalışmamızda doğum öncesi danışmanlık hizmetinden yararlanma oranı %18.6'dır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelik öncesi danışmanlık alma oranı %20.8'dir (82). Ülkemizin en gelişmiş ilçelerinden birinde çalışmamızı yapmamıza rağmen doğum öncesi danışmanlık hizmeti almanın düşük bulunması dikkat çekiciydi. Olgularımızın antenatal izlem sayısı her ne kadar fazla verilmişse de antenatal bakımın yeterli nitelikte verilmediğini söylenebilir. Antenatal bakımın nitelikli verilmesi ebe ve hemşirelerin sorumluluğundadır. Hemşire ve ebeler hastalara ilişkin verileri ayrıntılı bir şekilde toplamalı ve bunun bakım sürecinin ilk basamağı olduğunun farkında olmalı, hastanın var olan gereksinimlerini belirleyebilmeli, hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele alıp bunların hemşirelik/ebelik tanısını koyabilmelidir. Çünkü hemşirelik ve ebelik insan gereksinimlerine odaklanan bir meslektir ve fiziksel, duygusal, sosyal yönlerden gereksinimlerini karşılayamayan bireylere yeter hale gelene kadar yardım etmeyi ve bakım vermeyi amaçlar (99). Çalışmamızda şaşırtıcı bir bulgu olarak, acil sezaryen doğum yapan kadınların elektif, elektif endikasyonlu sezaryen ve NVD yapanlardan daha fazla doğum öncesi danışmanlık hizmeti almış olduğu saptandı.

Çalışmamızda elektif sezaryen yapılmış %30.8'lik grup olmasına karşın tüm sezaryenle doğum yapmış tüm kadınların memnuniyet oranı %59.6, elektif sezaryenlilerin %73'ken acil sezaryen olanlarda %38.9 ile daha düşük düzeydeydi. Ülkemizdeki bir çalışmada sezaryen doğum yapanların %51'9'u sezaryen doğum yaptığını memnun olmuşken, gebelerin büyük kısmı (%81.7) vajinal doğumun en ideal doğum şekli olacağını

belirtmiştir (89). Bizim çalışmamızda sezaryenle doğum yapan hastalar ilk doğumu vajinal yolla olsaydı yine vajinal doğumu tercih etme oranını %86.1 olarak bildirmişlerdir. Sayın ve ark. (100) Edirne bölgesinde yaptığı çalışmada elektif sezaryen olanların %95.4'ü sezaryenden memnun olduğunu belirtmiş, sezaryen sonrası NVD tercih edeceğini ifade eden hasta oranı %30 bulunmuştur. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere çalıştığımız bölgede hastaların elektif sezaryenler fazla olsa ve bu kişiler genelde sezaryen doğumdan memnun olduklarını bildirmiş olsalar da normal vajinal doğumu bir şekilde tercih ettikleri dolaylı olarak söylenebilir. Ülkemizde de gelişmiş ülkelerdeki gibi kaliteli ve nitelikli bir ebelik bakımı verilebilirse elektif sezaryenlerin bu ülkelerdeki gibi düşük olabileceği kanısındayız. Nitekim ülkemizde ebe-hemşireden antenatal bakım oranı 1993'te %15.5 olmasına karşın 2008 yılında %2.5'e düşmüştür (101-102). Bu hastaların sağlık personeliyle görüşme ve aldıkları bakımın azalmasının artan sezaryen oranlarına yansımaları gösteren bir belirteçtir.

Annelerin sezaryen öncesi operasyon hakkında bilgilendirilme durumları incelendiğinde sezaryen ile doğum yapan kadınların 1/3'ünden fazlasının operasyon hakkında bilgilendirilmediği, bilgilendirilenlerin ise daha çok (%56.3) doktor tarafından bilgilendirildikleri izlendi. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sezaryen operasyonu hakkında hastalara bilginin yeterli verilmediği ve en fazla bilgi verenlerin doktorlar olduğu bulunmuştur (89). Reis ve ark. (103) çalışmasında hastanın doğum öncesi dönemde sezaryen ameliyatı hakkında bilgilendirilmesinin doğum sonu dönemde fiziksel sorunlarına etkili olduğunu daha az yakınmaların ortaya çıktığını saptamışlardır. Sezaryen doğum yapan kadınların antenatal bakım alma sayısı her ne kadar fazla ise de sezaryen operasyonu hakkında bilginin yetersiz verilmesi antenatal bakımın yeterince nitelikli verilmediğini düşündürmektedir. Sezaryen ameliyatı öncesi eğitim konusundaki eksikliğin belirgin şekilde hissedildiği gelişmekte olan ülkelerde ve toplumumuzda, annelerin bu konuda eğitilmelerinin yararını saptayabilmek için bu alanda sürekli çalışmalar yapılarak, hemşirelik bakımının etkinliğini artırmak amacıyla çaba harcanmaktadır (89). Buna benzer biçimde çalışmamızda sezaryen olanların NVD yapanlara kıyasla doğum yöntemleri hakkında daha fazla bilgi aldığı da saptandı. Burada doğum yöntemleri hakkında bilgi almanın NVD yapma korkusu artırabileceği öne sürülebilir. Yine hastaların olası komplikasyonlar hakkında bilgi almasıyla NVD yerine sezaryeni tercih edebilecekleri, doktorlarına bu konuda talepte veya baskıda bulunabilecekleri de bir açıklama olabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması  $28.29 \pm 5.30$  yıl idi. Günümüzde evlenme yaşının ileri yaşlara kayması yüzünden sezaryen doğum oranlarında artış olduğu öne

sürülmektedir (89). Bizim çalışmamızda sezaryen ile doğum yapan kadınların yaş ortalaması NVD yapan kadınlardan anlamlı oranda yüksekti. Çalışmamızda yaş ile sezaryen doğumun doğru orantılı olarak arttığı gözlemlendi. TNSA 2003 verilerine göre 35 yaş ve üstü kadınlarda da sezaryen oranı daha yüksek bulunmuştur (15). Çeşitli kaynaklarda ileri yaşlarda sezaryen ile doğum sıklığının arttığını bildiren çalışmalar yer almaktadır (89,90,104). Çalışmamızdaki sonuçlarla aynı yönde olmak üzere, annenin yaşının 30 ve üzerinde olması durumundaki yüksek sezaryen oranı tüm dünyada gözlemlenen bir durum olmasına karşın bu yaş grubundaki artış tıbbi gerekçeler ile açıklanamayan bir durumdur. Sezaryen doğum oranının ileri yaşlarda artması annelerin eğitim düzeylerinin daha yüksek oluşu, geç yaşta evlenmeleri ve/veya tedavi ile gebe kalma ihtimaline daha sık rastlanabileceği için kıymetli bebek kavramının ileri yaşlarda daha çok öne sürüldüğünü düşündürdü. Bununla uyumlu biçimde, ilk gebelik yaşı  $\geq 25$  yaş olanlarda %70.7 oranında sezaryen doğum yapıldığı, NVD yapan kadınların ilk gebelik yaşının sezaryen doğum yapanlara kıyasla daha küçük olduğu saptandı. Bu bulgu sezaryen doğumun artmasının önemli sebeplerinden biri olan eğitim düzeyinin artmasıyla evlilik yaşının ileri yaşlara kaymasının katkısını düşündürdü. Nitekim ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada ileri yaş gebeliklerde sezaryen olma oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (15,82,89,105). Buna karşın çalışmamızda gebelik ve doğum sayısı, ölü doğum, düşük ve hastanın ön gördüğü ideal çocuk sayısı doğum şekli üzerine etkisiz faktörler olarak bulundu.

Çalışmamızda ilköğretim düzeyinde eğitim alan kadınların daha çok NVD yaptıkları, lise ve üzeri eğitim alan kadınların ise daha fazla sezaryen doğum yaptıkları saptandı. Sezaryen doğum ile NVD yapan olgular arasında eğitim durumu bakımından fark anlamlı bulundu. Ayrıca, eşlerin de eğitim düzeyi attıkça sezaryen doğum yapma oranı artmış bulundu. TNSA 2003 verilerine göre lise ve üstü eğitim alan kadınlarda sezaryen sıklığı öğrenimi olmayan kadınlara oranla daha fazla bulunmuştur (15). Bu bulguyla uyumlu biçimde ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışma eğitim düzeyi artışıyla sezaryen doğum yapma eğiliminin arttığını destekler yöndedir (15,17,31,70,85,86). Yapılan bir çok çalışmada gelir düzeyi yüksek toplumlarda, bulgularımızla uyumlu biçimde, sezaryen oranının arttığı bildirilmektedir (82,89,90,92,105). Araştırmamızda gelir düzeyi yüksek kadınların daha çok sezaryen doğum yaptığı, ancak elektif, elektif endikasyonlu ve acil sezaryen doğum yapanların gelir düzeylerinin benzer olduğu bulundu. Hastaların mensup olduğu sağlık güvencesinin sonuçlar üzerinde etkili olmadığı da izlendi. Bu bağlamda, eğitim durumunu yükseldikçe gelir düzeyinin de genelde arttığı, antenatal bakım sayısının arttığı ancak bakım



alınan yerin daha çok özel doktor ve özel hastane olmasıyla sezaryen doğumların da arttığı kanaatindeyiz. Sağlık güvencesi sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve yeterli bakım alabilmede önemli bir role sahiptir. Sağlık güvencesi Emekli Sandığı ve özel sağlık sigortası olan kadınların büyük bir kısmı sezaryen ile doğum yapmış, yeşil karta sahip kadınlar ise daha fazla NVD yapmıştı. Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada yeşil kartlı, dolayısıyla sosyoekonomik düzeyi daha düşük, kişilerde sezaryen oranı daha düşük bulunmuştur (106). Sağlık güvencesinin de eğitim durumu ve gelir düzeyi ile yakından ilişkili olduğunu düşünüldüğünde bunun sezaryen olmayı etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda akraba evliliği oranı %12.6 olarak bulunmuştur. Akraba evliliğinin gelişmiş ülkelerde azalmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde özellikle Afrika, Orta Doğu ve Hindistan'da yaygın olduğu bilinmektedir (107). Türkiye genelinde her beş evlilikten biri akraba evliliğidir. Türkiye'de akraba evliliği sıklığı Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsünün 1983 yılında yaptığı çalışmada %21.10 olarak bildirilmiştir. Bu sıklık yöreler arasında ciddi farklılıklar göstermektedir ve ülkenin batısından doğusuna doğru gidildikçe artmaktadır. Doğu Anadolu'da sıklık %30.8 olarak bulunurken Batı Anadolu'da %12.8'e düşmektedir (108). İstanbul'da yapılan bir çalışmada %18, Şanlıurfa'da ise %37 olarak bulunmuştur (104,109). Bu sonuçlara göre çalışma bulgularımız ülke genelindeki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Çalışmamızda, NVD yapanlarda akraba evliliği oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve eğitim durumuyla ilişkili olduğu yönünde araştırmalar bulunmaktadır (104,108-109). Nitekim bizim çalışmamızda da sezaryen doğum yapan kadınların eğitim durumu, gelir düzeyi ve eşlerinin eğitim durumu NVD yapan kadınlardan daha yüksek bulunmuştu.

Gebeliğin planlı olması psikolojik destekle anne ve çocuk sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Planlanan gebelik kişinin öncelikle sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam ile gebeliğe hazırlanmasını sağlayan önemli bir faktör olup antenatal bakımın ilk adımını oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, istenmeyen gebeliklerde ise yasal olan ve olmayan müdahalelere bağlı komplikasyonları da ortadan kaldıracaktır (110). Çalışmamızdaki kadınların %83.6'sı gebeliğini planlamıştı. İstanbul'da yapılan bir çalışmada planlı gebelik oranı %68 iken bir başka çalışmada %73 olarak bulunmuştur (111-112). Bizim çalışmamızda gebeliğin daha yüksek oranda planlı çıkması ülkemizin eğitim ve gelir düzeyi yüksek ilçelerinden birinde araştırmamızı yürütmüş olmamızla ilişkili görünmektedir. Ancak gebeliğini planlayanlar ile planlamayan hastaların doğum şekli arasında fark bulunmadı.

Gebelik takibinin ve doğumun yapıldığı yer kişinin sosyo ekonomik durumu ile yakından ilişkilidir. Çalışmamızda %63.1 oranında özel hastanede gebelik takibi ve doğumun yapıldığı görülmüştür. Sezaryen olanlarda özel hastanede doğum yapma oranı %65.4, NVD yapanlarda %34.6 idi. Çanakkale’de yapılan çalışmada kadınlar en fazla (%55.1) özel hastaneye, en az (%6.6) sağlık ocağına başvurmuşlar ve Sakarya’da kadınların %66.1’i özel kuruluşlarda gebelik izlemlerini yaptırmıştı (110,113). Çalışmamızda elektif sezaryen olanların %78.1’i özel hastanede doğum yapmıştı. Sıkar (93) çalışmasında elektif sezaryen olanların daha çok özel hastanede doğum yaptığını bildirmiştir. Bu bulgularla benzer yönde birçok araştırma özel hastanelerde yapılan doğumlarda sezaryen oranının daha fazla ve gelir düzeyi yüksek toplumlarda özel hastaneden bakım almanın yüksek olduğunu bildirmektedir (66,82,84-86).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak için gebelik döneminde kadınların yeterli sıklıkta izlenerek, risklerin önceden belirlenip önlem alınması gereklidir (4). Bizim çalışmamızda kadınların %98’i ilk trimesterde bakım almaya başlamıştır. TNSA 2003 verilerine göre ilk trimesterde doğum öncesi bakım alma oranı %57.5, kentsel kısımda yaşayan annelerin ilk 3 ayda DÖB alma oranı kırsal kesimde yaşayan annelerden yüksek bulunmuştur (15). Malatya’da doğum yapan annelerin % 48’i, Bornova’da %64.9’u yeterli antenatal bakım almıştır (8,31). Yine bir başka çalışmada ilk trimesterde bakım alma oranı %75.1 olarak bulunmuş ve ilk 3 ayda DÖB alma oranı incelendiğinde; şehir merkezinde yaşayan annelerin oranı, şehir merkezi dışında ikamet eden annelerden daha yüksek bulunmuştur (114). Sağlık Bakanlığı’nın yaklaşımına göre, her gebenin gebeliğin başlangıcından itibaren saptanarak en az 6 kez izlenmesi hedef alınmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2004 yılı verilerine göre sağlık ocaklarında yapılan gebe başına düşen ortalama izlem sayısı 2.15, lohusa başına düşen izlem sayısı 0.8’dir (115). İstanbul’da birinci basamak sağlık kuruluşlarında gebelerin ortalama izlem sayısı 1.49 olup ülkemizdeki en düşük ortalama gebe izlem sayılarından biridir (116). Aydın’da gebelerin ortalama izlem sayısı 4.9 olup bu rakam Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği minimum izlem sayısının altındadır (117). Başka bir çalışmada ise annelerin hamilelikleri sırasında en az bir kez olmak üzere %97.8 oranında kontrol yaptırdıkları, yapılan kontrollerde %51.6 oranında sağlık eğitimi aldıkları saptanmıştır (28). Bizim çalışmamızda ise NVD yapan kadınlarda ortalama izlem sayısı 7.5 kez iken sezaryen doğum yapan kadınlarda bu oran 8.1 kez bulundu. Sezaryen doğum yapanlarda izlem sayısı daha yüksekti ancak her iki doğum şeklinde de alınan izlem sayısı Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği minimum izlem sayısının üzerinde olması

sevindiriciydi. Antenatal izlem sayısının sezaryen doğumda daha fazla olması sezaryen doğum yapanların gelir düzeylerinin daha yüksek olması ile ilişkili olabileceği kanısındayız. Genel anlamda antenatal izlem sayısının standartların üzerinde olması da çalışmamızı yaptığımız yerin kent merkezi olması, sosyoekonomik ve kültürel yönden gelişmiş düzeyde olmasından kaynaklanabileceğini düşündürdü. Nitekim ülkemizde kent merkezinde yaşayan kadınların daha çok antenatal izlemlere gittiği ve antenatal izlemleri fazla olanlarda sezaryen oranının daha yüksek olduğu saptanmıştı (31,72,117).

Olgularımızın %2.5'i dördüncü aydan sonra DÖB almaya başlamıştı. Kaya ve Serin'in (113) çalışmasında % 4.5'i ve Beşer'in (117) çalışmasında %40'ı dördüncü aydan sonra DÖB almaya başlamıştı. Çalışmamızdaki antenatal bakım alma sayısı benzer çalışmalardaki sonuçlara göre oldukça yüksektir. Bu sonucun çalışmanın yapıldığı yer, katılımcıların eğitim durumu, gelir düzeyleri gibi sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik oranını arttıran faktörlerle ilişkili olduğu düşünüldü. Bunlara karşın, ilk ay antenatal bakım almaya başlayan olguların %67.2'sinin, 5.ayda antenatal bakım almaya başlayanların %80'inin sezaryen doğum yaptığını, 2. ayda bakım almaya başlayan olguların %53.6 oranında NVD yaptığını saptadık. Kendi sonuçlarımıza göre erken ve geç antenatal bakım almanın sezaryen sıklığını artırdığı söylenebilir.

Doğum öncesi bakımda izleme sayısı kadar nitelikte önemlidir. Ancak ülkemizde yapılan araştırmalarda antenatal bakımın sayıca yeterli ancak nitelikli verilmediği saptanmıştır (8,9,113). Gebelik izleminde yapılanlar incelendiğinde çalışmamızdaki kadınların büyük bir kısmı gebeliği sırasında tartılmış, boyu ölçülmüş, vajinal muayene yapılmış ve neredeyse tamamına kan, idrar, tansiyon, USG ve ÇKS takibi yapılmıştı. Çanakkale'de yapılan bir çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde olguların hemen hepsine kan, idrar, tansiyon, USG ve ÇKS takibi yapılmıştı (115). Özellikle Batı Marmara'da yaşayan kadınlarda gebelik sırasında yapılan test ve ölçümlerin daha fazla olduğu bildirilmiştir (15). TNSA 2003 çalışmasında İstanbul'dan örnek alınan 537 kadının gebelikleri sırasında %25.4'ünün boyu ölçülmüştür (6). Bu oran bizim çalışmamıza göre oldukça düşüktür. Antenatal bakımın nitelikli bir şekilde verilebilmesi için özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Gebelik ve doğuma ilişkin bilgilendirmede anne adayının yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sezaryenle doğum yapacağını öğrenme zamanı ve gebelik/doğum öyküsü gibi bilgi düzeyi üzerinde etkili olduğu bilinen değişkenler dikkate alınmalı ve bu doğrultuda belirlenen gereksinimlere göre hemşire ve ebeler eğitim düzenlenmelidirler. Nitekim ebe/hemşire tarafından gebeye öğretilen solunum ve gevşeme

tekniklerinin doğum ağrısının azaltılmasında etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (28,56).

Doğum öncesi dönemde verilen eğitimlerle ilgili yapılan çalışmalarda, bu eğitimlere paralel olarak doğru uygulamaların arttığı ve gebelerin büyük çoğunluğunun doğum öncesi eğitim programlarına katılmak istediği belirlenmiştir Sağlık eğitimi gebenin kendi bakımının sorumluluğunu almasına yardımcı olabilir (118). Çalışmamızda genellikle gebelere verilen eğitimler gebelikte beslenme ve anne sütü ile emzirme eğitimiydi. Ülkemizdeki birçok araştırmada da gebelikte verilen eğitimler incelendiğinde gebelikte beslenme ve anne sütü ile emzirme eğitimi neredeyse tüm gebelere verilmektedir (111,114,118).

Gebelerin doğuma hazırlığı ve doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı doğum öncesi dönemde mutlaka gebe ile birlikte planlanmalı, gebeye gebelik döneminde destek olarak karar vermesine yardımcı olunmalıdır. Bulgularımızda sezaryen ile doğum yapan kadınların daha fazla doğumun nerede kim tarafından yapılacağı konusunda bilgi aldıkları saptandı. NVD yapanlar ise daha çok doğuma hazırlık ve gebelikte egzersiz eğitimi almışlardı. Sezaryen doğum yapanların özel kuruluşlara daha fazla gitmesine rağmen doğuma hazırlık ve egzersiz eğitimleri yönünden yeterli bilgilendirilmemişlerdi. Karakuş (119)'un özel bir hastanede yaptığı çalışmada da doğum öncesi eğitim alma oranı düşük bulunmuş ve çalışmanın yapıldığı hastanede bu eğitimlerin ücretsiz verilmesine rağmen katılımın az olması NVD'dan korkma ve sezaryen doğumu seçmede artış olması kanısına varılmıştır. Burada antenatal bakımın sayısı değil niteliğinin daha önemli olduğu ve özel hastanelerin bu konuda dikkatlerinin çekilmesi gerektiği kanısındayız.

Gelişmekte olan ülkelerde tetanozun en sık görülen şekli yenidoğanda ölümlere neden olabilen neonatal tetanozdur. Başta gebeler olmak üzere tüm doğurganlık çağındaki kadınlara bağışıklama hizmetleri yeterli uygulanmalı ve anne aşılanarak fetüs korunmalıdır (52). Aydın'da gerçekleştirilen çalışmada kadınların %74.6'sı gebelikleri süresince tam aşılanmıştır (120). Bizim çalışmamızda ise olgularımızın yarısından daha azı tetanoz aşısı olmuştu. Kuruluşa göre tetanoz aşılama oranları incelendiğinde ise özel sektörde doğum yapan kadınların devlet hastanesi ve sağlık ocaklarında doğum yapanlara oranla anlamlı bir şekilde düşük oranda aşılandığı saptandı. Özel sektörde doğum yapan kadınlarda tetanoz aşısının atlanmasının kuruluş çalışanlarının sterilizasyon konusunda kaygısının olmayışı ile ilişkili olabileceği düşünülmekle beraber bu konuya yeterli özenin mutlaka gösterilmesi gerekir. Nitekim dünyada her yıl 289 000 neonatal tetanoz olgusu görülmekte ve bunların 214 000'i ölümle sonuçlanmaktadır (53).

Sistemik hastalık durumu, alkol ve sigara kullanımı gebelikteki risk faktörlerindedir. Çalışmamızdaki kadınların %8.5'inde gebeliği sırasında sistemik hastalığı mevcuttu. Sistemik hastalığı mevcut olan kadınların %80.6'sı sezaryen doğum yapmıştı. Manisa'da yapılan bir çalışmada kadınların %19.1'inin sigara kullandığı saptanmıştır (121). Samsun'da yapılan araştırmada sigara içen gebeler %13, Eskişehir'de %16.4 olarak bulunmuştur (122). Bizim çalışmamızda sigara kullanma oranı %11.7 iken alkol kullanma oranı %0.8 idi. Gebeliğinde sigara (%55.8) ve alkol (%66.7) kullanmış kadınların büyük bir kısmı da sezaryen doğum yapmıştı.

Ülkemizde bebeklerin sadece yarısı ilk bir saat içinde emzirilmekte ve bebeklerin sadece % 85'i ilk gün anne sütü almaktadır. Bu nedenle hastanelerimizin tamamının "Bebek Dostu Hastane" olması, anne ve bebeklerin 24 saat aynı odada tutularak emzirmelerinin teşvik edilmesi gerekmektedir (123-124). Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların üçte ikisi ilk bir saat içinde emzirmeye başladığını ifade etmişti. Gebelik izlemleri sırasında olgularımızın neredeyse tamamı emzirme ile ilgili bilgi almıştı. Bu oranlar TNSA verilerine göre daha yüksektir ve emzirme danışmanlığı açısından antenatal bakım hizmetinin yeterli olduğunu düşündürmektedir. Buna karşın, çalışmamızda ilk bir saat içinde bebeklerini emziremeyen annelerin %83.6'sı sezaryen ile doğum yaptığı görüldü. Sezaryen doğum yapanlarda NVD yapanlara kıyasla ağrı ve hastanın daha uzun sürede kendine gelmesinin bu gecikmeye neden olabileceği söylenebilir. Yine çalışmamızda elektif sezaryen olan kadınların elektif endikasyonlu ve acil sezaryen doğum yapanlara göre ilk bir saatte emzirme oranının düşük olması dikkat çekiciydi. Bu bulgunun kişilerin ağrıyı algılama şekillerinin farklı olmasıyla ilişkili olabileceği kanısındayız.

Araştırmamızda sezaryen oranı DSÖ'nün önerdiği oranın oldukça üstünde bulundu. Bu bağlamda sezaryen oranının istenilen düzeylere indirilebilmesi için yeni sağlık politikalarına ihtiyaç vardır. Sağlık Bakanlığı 2002'de yayınladığı genelgede sezaryen oranının azaltılabilmesi için en az iki uzman hekim onayı şartını getirmişti. 2008 yılında yayınlanan Sağlıkta performans ve kalite yönergesinde ise NVD yaptıran hekimin sezaryen doğum yaptıran hekime göre daha fazla performans alması yer alıyordu. Ancak sezaryen oranının düşürülmesinde sadece hekimlerin değil tüm toplumun, eğitim kurumlarının, medyanın, sağlık politikalarının birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Bu konuda ebe ve hemşireler hekimlerle iş birliği içerisinde doğum öncesi dönemde gebelere doğum yöntemleri hakkında bilgi vermeli, uygun gebeleri NVD'ye hazırlamalı ve gebenin gereksinimlerine göre bakım planlayarak fiziksel ve psikososyal yönden gebenin yanında olmalıdırlar. Doğum

öncesi dönemde gebeye verilecek nitelikli ve kaliteli hizmet için ebe/hemşirelerin hizmet içi eğitimlerden ve denetimlerden geçmesi ve koruyucu sağlık hizmeti çalışanlarının sayısı artırılarak ebe/hemşirelerin daha çok danışmanlık ve eğitim konularına yönlendirilmesini sağlamak gerektiği kanısındayız.

## SONUÇLAR

İstanbul ili Beşiktaş ilçesinde son bir yıl içinde doğum yapan kadınların antenatal bakım alma durumlarının doğum yöntemlerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- 1-Araştırmaya katılan kadınların daha fazla sezaryen doğum yaptığı belirlendi.
- 2-Sezaryen doğum nedenlerinin yüksek oranda elektif endikasyonlu ve elektif sezaryen doğum olduğu tespit edildi.
- 3-Otuz yaş ve üzerinde ve ilk gebelik yaşı 25 ve üzerinde olan olgularda sezaryen doğum daha fazla bulundu.
- 4-Lise ve üniversite düzeyinde eğitim alan kadınlarda ve eşinin eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlarda sezaryen doğum daha yüksek oranda izlendi.
- 5-Gelir düzeyi arttıkça sezaryen doğumun arttığı, özel sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlandığı ve daha fazla antenatal izlem alındığı saptandı.
- 6-Sağlık güvencesinin doğum şekillerine etkisi olmadığı bulundu.
- 7-Akraba evliliği yapanlarda ve evlilik süresi 15 yıldan fazla olanlarda NVD daha fazla idi.
- 8-Gebelik sayısı, doğum sayısı, ölü doğum-düşük sayısı ve olguların düşündüğü ideal çocuk sayısının doğum şekillerine etkisi olmadığı saptandı
- 9-Kadınların hemen hepsinin en az bir kez antenatal bakım aldığı, antenatal bakım alma sayısının tüm doğum şekillerinde Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği minimum sayının üzerinde olduğu ve antenatal izlem sayısının artmasıyla sezaryen doğum oranının arttığı belirlendi.

10-Özel hastanede doğum yapanlar daha çok sezaryen, devlet hastanesinde doğum yapanlar ise daha çok NVD yapmıştı. Doğumun yapıldığı yerin doğum şeklini etkilediği saptandı.

11-Özel hastanede tetanoz aşılama oranının düşük bulunduğu ve sezaryen doğum yapanlar da daha çok özel hastanelerde takip olan hastalar olduğundan bunların daha az tetanoz aşısı yaptırdığı bulundu. Gebelikte tetanoz bağışıklamasının doğum şekillerini etkilediği saptandı.

12-Gebeliğin planlanmasının doğum şekillerine ve antenatal bakım alma sayısına etkisi bulunmadı.

13-Gebelik tanısının koyulduğu yerin doğum şekillerini etkilediği saptandı. Sağlık ocağında gebelik tanısı alanların daha çok NVD, özel hastanede tanı alanların daha çok sezaryen doğum yaptığı belirlendi.

14-Doğum öncesi danışmanlık hizmeti alma tüm olgularda düşük bulundu. Acil sezaryen olan olguların elektif sezaryen, elektif endikasyonlu sezaryen ve NVD yapan olgulardan daha fazla doğum öncesi danışmanlık hizmeti aldığı saptandı.

15-Sezaryen doğum yapan kadınların gebelikleri sırasında doğumun nerede kim tarafından yapılacağı hakkında daha fazla bilgi aldığı ve sezaryen operasyonu hakkında en fazla bilgiyi doktordan aldığı tespit edildi.

16-Elektif, elektif endikasyonlu ve acil sezaryen olan hastalara göre NVD yapan kadınların gebelikleri sırasında doğuma hazırlık ve gebelik egzersizleri ile ilgili daha fazla eğitim aldığı belirlendi.

17-Sezaryen doğum yapan kadınların büyük çoğunluğu ilk doğumu NVD olsaydı NVD yapmak istedikleri belirttiler.

18-Sezaryen doğumdan memnun olan kadınların büyük kısmının elektif sezaryen doğum yaptığı, sezaryen doğumdan memnun olmayan kişilerin ise daha çok acil sezaryen doğum yaptığı saptandı.

19-Gebelik sırasında sigara-alkol kullanımı ve mevcut sistemik hastalığın doğum şekillerine etkisi olmadığı saptandı.

20-Elektif sezaryen olan kadınların yüksek oranda ilk bir saatte bebeklerini emziremediği, ancak NVD yapan kadınların hemen hepsinin ilk bir saatte bebeklerini emzirebildikleri tespit edildi.



**ANTENATAL BAKIMIN SEZARYEN VE NORMAL VAJİNAL  
DOĞUMA ETKİLERİ  
ÖZET  
YELİZ YILDIRIM VARIŞOĞLU**

Gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı devam etmesi gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir. Antenatal bakımda amaç, annede olabilecek hastalıkları saptamak, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunlarının olup olmadığını belirlemektir. Araştırmamız Ocak 2008- Nisan 2008 tarihleri arasında İstanbul/Beşiktaş ilçesinde ikamet eden kadınların antenatal bakım alma durumlarının doğum yöntemlerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı, kesitsel tip bir çalışmadır.

Araştırmamızın örneklemini Beşiktaş'ta son bir yılda sezaryen ve normal vajinal doğum yapmış 366 kadın oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden hazırlanan 33 soruluk anket formu kullanılarak, tek bir araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizi Minitab programı kullanılarak Student-t, Pearson korelasyon, ki-kare, Post hoc student Newman Kermes testleri ve ANOVA ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edildi.

Olgularımızın %43.2'si normal vajinal doğum, %56.8'i sezaryen ile doğum yapmıştı. Olgularımızın sezaryen endikasyonları incelendiğinde %60.6'sı elektif endikasyonlu, %30.8'i elektif ve %8.6'sı acil nedenlerle sezaryen olmuştu. Sezaryen oranı 30 yaş ve üzerinde, kadının ve eşinin eğitim düzeyinin artması ile anlamlı bir şekilde artmaktaydı. İlk gebelik yaşı 25 ve üstü olan kadınlarda ve gelir düzeyin yüksek olanlarda, doğum öncesi bakım hizmetini özel sektörden alan ve özel sektörde doğum yapanlarda sezaryen doğum anlamlı olarak fazla

idi. Normal vajinal doğum yapan kadınlar daha çok devlet hastanesinde doğum yapmıştı. Gebelik, doğum, ölü doğum, düşük, hastaların öngördüğü ideal çocuk sayısı veya doğum öncesi danışmanlık almanın doğum şekline etkisi olmadığı saptandı.

Kadınların %83.6'sının gebeliği planlanmıştı, ancak gebeliği planlamanın doğum şekli üzerine etkisi yoktu. Kadınların tamamı en az bir kez antenatal bakım almıştı ve %63.1'i antenatal takiplerini özel hastanede yaptırmıştı. Sezaryen doğum yapan kadınlar daha çok antenatal bakım almıştı.

Normal vajinal doğum yapan kadınların gebelikleri sırasında daha fazla gebelik egzersizleri ve doğuma hazırlık eğitimi aldığı saptandı. Sezaryen doğum yapan kadınların %59.6'sı sezaryen olmaktan memnun olduğunu bildirdi. Elektif sezaryen doğum yapan kadınlarda sezaryen doğumdan memnun olma oranı (%73) acil sezaryen doğum yapan kadınlarınkine kıyasla (% 38.9) daha yüksek bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Antenatal bakım, sezaryen doğum, normal vaginal doğum, memnuniyet

**THE IMPACT OF ANTENATAL CARE TO CESAREAN AND  
VAGINAL DELIVERY  
SUMMARY  
YELİZ YILDIRIM VARIŞOĞLU**

Pregnancy requires antenatal care either for the mother and her baby from the initiation of pregnancy to delivery. The main aims of antenatal care are to identify chronic undiagnosed diseases of the mother and to determine health risks which would endanger the mother and her baby. The present descriptive and cross-sectional study has been designed and carried out between January 2008 and April 2008 to evaluate the impact of antenatal care to the mode of delivery in women living in Beşiktaş, İstanbul.

The study included 366 women who have had a cesarean section or vaginal delivery in Beşiktaş during the last year before the initiation of the study. Data were collected by using a questionnaire form, which was prepared with a survey of the literature including 33 questions and performed by a single investigator through personal interviews. Student's t, Pearson correlation, chi-square, Post hoc student Newman Kermes tests and ANOVA were used in evaluation of the data by using Minitab programme. A p value <0.05 was considered statistically significant.

Forty-three percent of the women had declared that they had vaginal delivery, whereas %56.8 of them delivered by cesarean section. The main reasons for cesarean section were elective with an indication (%60.6), elective (%30.8) and in case of emergency (%8.6). Cesarean rate increased significantly with maternal age  $\geq 30$  years, increasing level of education and her husband's increasing level of education. High cesarean rate was also

associated with the first pregnancy age  $\geq 25$ , high income, follow-up and delivery in a private hospital. Women who delivered in state hospitals had more vaginal deliveries. Number of pregnancy, delivery, intrauterine death, abortion, reported ideal number of children or management before delivery did not have any effect on the mode of delivery.

Eighty-three percent of the study population have had planned their pregnancy, but planning of pregnancy did not significantly affected the mode of delivery. All women in the study group had received antenatal care at least once and %63.1 of the women received antenatal care in a private hospital. Women who delivered by cesarean section received more antenatal care than those delivered by vaginal route. Women delivered by vaginal route were more significantly involved in educations of exercise during pregnancy and preparation for labor.

The reported satisfaction rate was %59.6 following cesarean section. The reported satisfaction rate in women who had an elective cesarean section (%73) was significantly higher than the rate (%38.9) in women who delivered by an emergency cesarean section.

**Key Words:** Antenatal care, cesarean delivery, vaginal delivery, satisfaction

## KAYNAKLAR

1. Ergün B, Sezer H. Antenatal takip. Berkman S (Editör). Doğum Bilgileri'nde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: p.19-28.
2. Şatıroğlu H, Berker B. Doğum öncesi bakım, takip ve gebe muayenesi. Köker İ (Editör). Doğum Bilgisi'nde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006: p.181-9.
3. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. Akın A (Editör). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. UNFPA; 2002: p.1-61.
4. Taşkın L. Doğum öncesi bakım. Taşkın L (Editör) Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği'nde. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2002: p. 83-17.
5. Üreme Sağlığı Programı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü LCON-Institute Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık, AÇSAP. Ankara: 2006; 51-8.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Ankara: 2004. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/indexs.htm>.
7. Mısırlıoğlu DE, Aliefendioğlu D, Fidan K, Çakmak FN, Haberal A. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve kadın hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan annelerin antenatal bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi. Perinatoloji Derg 2006;14(1):7-13.
8. Çiçeklioğlu M, Türk M. Bornova Sağlık grup başkanlığı bölgesinde gebelere verilen doğum öncesi bakım yeterliliği ve sürekliliğinin değerlendirilmesi 2001. <http://www.dicle.edu.tr/halks/m89.htm-250k>
9. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. Sürekli Tıp Eğitimleri Dergisi 2007;16(1):9-12. [www.ttb.org.tr/STED/2007/ocak/dogum.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/2007/ocak/dogum.pdf).
10. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel

- Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Ankara; 2009. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/indeks.htm>.
11. Türk Perinatoloji Derneği. Gebelikte izlem ve doğum; 2005. <http://perinatology.org.tr/uploads/Dosyalar/GEBELİKTE-İZLEM-DOGUM.doc>
  12. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı: Ankara, 2005: p.1-10.
  13. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (Çeviri: A. Cengiz Akman). Williams Doğum Bilgisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006:p.221-47.
  14. Türkiye Sağlık İstatistikleri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2006: Birinci Baskı.
  15. Ergöçmen AB, Coşkun Y. Doğum öncesi bakım ve doğuma yardım. [www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum10.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum10.pdf).
  16. Yüksel A. Düşük riskli gebelerde antenatal tarama testleri. Berkman S (Editör). Doğum Bilgileri'nde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: p.29-33.
  17. Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B ve ark. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (2):91-7.
  18. Üstünsöz A. Gebelerin doğum öncesi bakım almama nedenleri. Gülhane Tıp Derg 2005;47(2):156-8.
  19. Kılıç D, Ezmeci T. Erzurum il merkezindeki 15-49 yaş grubu annelerin sağlık ocakları tarafından verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Derg 2004; 1(1):XX-YY
  20. Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes üniversitesi tıp fakültesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. Sağlık Bilimleri Derg 2005;14(2):91-6.
  21. Atar Gürel S, Gürel H, Balcan E. Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. Perinatoloji Derg 2006;14(2):90-5.
  22. Hueston WJ, Gilbert GE, Davis L, Sturgill V. Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. J Community Health 2003;28(3):199-208.
  23. Ongun Ç. Gaziantep 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (tez). Gaziantep: GÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
  24. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care in the United States on preterm births in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(5):1254-7.
  25. Tıbbi Ultrasonografi Derneği. Obstetrik Ultrasonografi İncelemesi Uygulama Kılavuzu; Şubat: 2008; 1-11.
  26. Aydın DS. 11-13+6 Gebelik Haftalarında Nukal Tarama Programı Sırasında Elde Edilen Fetal Maksilla ve Burun Kemiği Ölçüm Nomogramları ve Saptanan Anomalilerin İrdelenmesi (tez). İstanbul: Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi; 2006.
  27. Demir S. Fetal Anoploidilerin Prenatal Tansında Birinci Trimester Ultrasonografinin Maternal Serum Biyokimyası İle Kombinasyonu ve İkinci Trimester Maternal Serum

- Biyokimya Tarama Testi İle Karşılaştırılması (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fak; 2003.
28. Özer G.H. Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme Solunum Egzersizleri ve Dokunmanın Durumluluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi (tez). Mersin: MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
  29. Nicolaidis KH, Heath V. (Çeviri: Turan ÖM). Kromozomal Defektlerin Sonografik Bulguları. 11–13+6 hafta ultrasonu'nda Londra: Fetal Medicine Foundation; 2004:45-57. <http://www.studiolift.com/fetal/site/FMF-turkish.pdf>
  30. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (Çeviri: A. Cengiz Akman). Williams Doğum Bilgisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006:1095-110.
  31. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal tıp merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fak Derg 2005; 12(4):247-52.
  32. Taşkın L. Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi. Taşkın L (Editör) Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği'nde. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2002: p.133-53.
  33. Cengizoglu B, Karageyim AY, Kars B, Altundağ M, Turan C, Ünal O. Üç yıllık dönemdeki amniyosentez sonuçları. Perinatoloji Derg 2002; 10(1):14-7.
  34. Türkyılmaz A, Alp MN, Budak T. 481 amniyosentez, koryon villus biyopsisi ve kordosentez örneğinin prenatal genetik tanısı. Dicle Tıp Derg 2007; 34(3):187-90.
  35. Taşkın L. Riskli Gebelikler. Taşkın L (Editör). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği'nde. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2002: p.155-202.
  36. Yenen MC, Dede M, Göktolga Ü, Küçük T, Alanbay İ, Pabuçcu R. Ektopik gebelikte risk faktörleri. Gülhane Tıp Derg 2003; 45(3):244–8.
  37. Özalp S. Gestasyonel trofoblastik hastalıklarda izlem. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004;14(3):182-6.
  38. David A, Miller MD. Placenta previa. <http://www.obfocus.com/high-risk/placentaprevia.htm>.
  39. Akdeniz N, Yalınkaya A, Akay H, Yıldırım Z, Yayla M. Plasenta previa: obstetrik risk faktörleri ve perinatal sonuçlar. Perinatoloji Derg 2004; 12(3):145-8.
  40. Kale A, Ecer S. Dekolman plasenta olgularının retrospektif analizi ve normal gebeliklerle karşılaştırılması. Dicle Tıp Derg 2005; 32(4):161-4.
  41. Yatman M. Gestasyonel Diyabetik Gebelerde Doğum Ağırlığı Üzerinde Maternal Kan ve Umbilikal Kord Kanı Leptin ve İnsülin Düzeyleri Arasındaki İlişki (tez). Şanlıurfa: Harran Üniv Tıp Fak; 2006.
  42. Koçak ÖO. Risk Grubundaki Gebelerde Gestasyonel Diyabetes Mellitusu Saptamada Tek Aşamalı 75 Gram Oral Glukoz Tolerans Testinin Kullanılması (tez). İstanbul: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fak; 2006.
  43. Köşüş A, Köşüş N, Açıkgöz N, Çapar M. Kalp hastalığı olan ve olmayan gebelerde maternal ve fetal sonuçlar açısından bir fark var mı? Genel Tıp Derg 2008; 18(2).
  44. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10. World Health Organization. Geneva; 2004.

45. Karaşahin E, Ceyhan ST, Göktolga Ü, Keskin U, Başer İ. Maternal anemi ve perinatal sonuçlar. Perinatoloji Derg 2007;15(3):127-30.
46. Tümer A. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi. [http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid\\_web\\_09.pdf](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_09.pdf).
47. Uzun Ö. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007;3(11):52-6.
48. Api O, Ünal O, Şen C. Gebelikte beslenme kilo alımı ve egzersiz. Perinatoloji Derg 2005;13(2):71-9.
49. Institute of Medicine: Nutrition during pregnancy, Part 1 Nutritional Status and Weight Gain Washington DC: National Academy Press; 1990:25-26. [http://www.booksnap.edu/openbook.php?record\\_id=45&page=25](http://www.booksnap.edu/openbook.php?record_id=45&page=25).
50. Olukman M, Parlar A, Orhan CE, Erol A. Gebelerde ilaç kullanımı: son bir yıllık deneyim. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society 2006; 3(4):255-61.
51. İskit AB. Gebe hastada ilaç seçimi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2007; 16(1):15-7.
52. Sönmez Y, Aksakoğlu G. Gebelikte tetanoz aşılama durumu ve etkileyen etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2005; 14(9):212-6.
53. Maternal and Neonatal Tetanus Elimination by 2005 Strategies for Achieving and Maintaining Elimination UNICEF, WHO, UNFPA, 2000. <http://www.who.int/vaccinesdocuments/DocsPDF02/www692.pdf>
54. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı; Ankara: 2003. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2003/calismayilligi2003.htm>.
55. Akbayrak T, Kaya S. Gebelik ve egzersiz. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008:1-22.
56. Taşçı E, Selvi Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. Genel Tıp Derg 2007;17(3):181-6.
57. Efe H. Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri (tez). İstanbul: Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi; 2006.
58. Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study. Am J Obstet Gynecol 1993;168(2):514-9.
59. Kubilay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve sigara. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
60. Demirkaya BÖ. Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri (tez). İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004.
61. Toyran M. Gebelikte sigara içiminin çocuk sağlığı üzerine etkileri. Klinik Pediatri Derg 2005;4(1):17-23.
62. Gür E. Anne sütü ile beslenme. Türk Pediatri Arşivi 2007;42:11-5.
63. Vural G. Doğum Eylemi Rehberi. <http://www.perinatology.org.tr/uploads/Dosyalar/DOGUM-EYLEMI-REHBERI.pdf>.
64. Özkaya O. Süleyman Demirel Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğindeki 5 yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. Süleyman Demirel Üniv Tıp Fak Derg 2005; 12(4):36-9.



65. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranları ve endikasyonları. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society 2006; 3(4):249-54.
66. Konakçı SK, Kılıç B. Sezaryen doğumlar artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2002;11(8):286-8.
67. Artıran İgde F. Sezaryen sonrası vajinal doğum. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2004;13(4):137-9.
68. Duman Z, Köken GN, Şahin FK, Coşar E, Arıöz DT, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji Derg 2007; 15(1):7-11.
69. Hut F. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 Yıllarında Gerçekleşen 6727 Doğum Vakasının Retrospektif Analizi Ve Sezaryen Oranları (tez). İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.
70. Finger C. Cesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for caesareans in the belief that it is a practical solution. Lancet 2003;362(9384):628.
71. Barros F. The challenge of reducing neonatal mortality in middleincome countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. Lancet 2005; 365(9462):847-54.
72. Koç İ, Özdemir E. Doğurganlık. TNSA Raporu; 2003: 45-60.
73. Köse MR. Sağlık müdürleri 2008 yılı çalışma sonuçlarını değerlendirme toplantısı 2009, Ankara. [http://www.ukdk.org/ppt/kans\\_haftasi\\_sunumlar/ACSAP.pdf](http://www.ukdk.org/ppt/kans_haftasi_sunumlar/ACSAP.pdf).
74. Cebesoy FB, Balat Ö, Kutlar İ, Dikensoy E. Sezaryen sonrası postpartum kanama neden ve sonuçların analizi. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14:15-7.
75. Baybek H, Oflaşlı F, Peker Ö. Muğla Devlet hastanesinde yatan gebelerin doğum sonu egzersizler hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2003;7(2):28-34.
76. Çakır B. Tıbbi araştırma teknikleri: temel özellikler, yarar ve kısıtlılıklar, olası hata kaynakları. [http://www.toraks.org.tr/kisokulu3-ppt-pdf/Banu\\_cakir.pdf](http://www.toraks.org.tr/kisokulu3-ppt-pdf/Banu_cakir.pdf).
77. Epi info. Latest Version: Epi Info Version 3.5.1. Release Date: August 18, 2008. <http://www.cdc.gov/epiinfo/>
78. Houston A. Anket hazırlama kılavuzu 2004, Kalite Ofisi. <http://www.istatistikanaliz.com/anket.pdf>.
79. Türkiye istatistik kurumu 2007 yoksulluk çalışması. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb\\_id=23&ust\\_id=7](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=23&ust_id=7).
80. Ocakoğlu H, Gülay M, Kizek Ö, İrgil E. Nilüfer halk sağlığı eğitim ve araştırma bölgesinde 2005–2006 yıllarındaki gebelik sonuçları ve ilişkili riskler TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(6):491-6.
81. Dincer B, Özaslan M. İlçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması 2004. <http://ekutup.dpt.gov.tr/bolgesel/gosterge/2004/ilce.pdf>.
82. Okumuş F. Doğum Yöntemi Sectio Olan Kadınlarda Antenatal Bakım Alma Durumunun Değerlendirilmesi (tez). Gaziantep: GÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
83. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır Türkiye’de ve dünyada güncel nedir? Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society 2004; 7:113-7.

84. Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bull World Health Organ* 2007; 85(10):755-62.
85. Bhasin SK, Rajoura OP, Sharma AK, Metha M, Gupta N, Kumar S et al. A high prevalence of caesarean section rate in East Delhi. <http://www.ijcm.org.in/article.asp?issn=0970-0218;year=2007;volume=32;issue=3;spage=222;epage=224;aulost=Bhasin>.
86. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista RFL, Coimbra LC et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res* 2007;40(9):1211-20.
87. Shamshad. Factors leading to increased cesarean section rate. *Gomal Journal of Medical Sciences* 2008; 6(1):1-5.
88. Sucu T. Bakanlıktan Sezaryenle Doğuma Savaş. <http://www.haberturk.com/haber.asp?id=97526&cat=220&dt=2008/09/14>.
89. Ceylantekin Y. Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
90. Konakçı SK, Kılıç B. İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14(2):88-95.
91. Yalınkaya A. Dicle Üniversitesinde 20 yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2003; 13:356-60.
92. Yılmaz E, Kara M, Okumuş B, Aran E. Kliniğimizin dört yıllık sezaryen ve normal spontan vajinal doğum istatistiği. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society* 2008; 5(4):253-7.
93. Sıkar D. Hastanemiz Antenatal Polikliniğine Başvuran Eski Sezaryenli Gebelerin Demografik Özellikleri ve Sezaryen Endikasyonlarının Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.
94. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society* 2006; 3(4):249-54.
95. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
96. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M. 1995–1999 yılları arasında sezaryen operasyonları endikasyonları ve oranları. *Perinatoloji Derg* 2000; 8(3):94-8.
97. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg* 2008; 1(2).
98. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000; 27(4):256-63.
99. Coşkun A. Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Derg* 1996; 4:181-4.
100. Sayın NC, Berberoğlu U, Varol FG. Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2004; 18:82-8.

101. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 1993.  
<http://www.hacettepe.edu.tr/tnsa1993/analiz.html>.
102. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008.  
<http://www.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.html>.
103. Reis E, Kumpınar F, Çakmak B, Türkaslan B, Avşaroğlu E. Sezaryenle doğum yapan annelerin doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunlar. 19 Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı. Ordu: Kök Yayıncılık, 2005.
104. Kara FŞ. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004.
105. Konakçı S. Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Etmenler (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
106. Kıran G, Güven AM, Ekerbiçer HÇ, Köstü B, Arpacı H. Tüp ligasyonun genel sezaryen oranları içindeki yeri. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 'nde: 2005 Nisan 20-24; Ankara, Türkiye.
107. Services for the prevention and management of genetic disorders and birth defects in developing countries report of a joint 1999.  
<http://www.who.int/genomics/publications/en/index.html>.
108. Akraba evliliği, sorunlar, nedenler ve çözümler. <http://www.webteyiz.net/akraba-evlilik-sorunlar-nedenler-ve-cozumler-t1446.0.html>.
109. Kayahan M, Şimşek Z, Ersin F, Gözükara F, Kurçer MA. Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesinde akraba evliliği prevalansı ve 5 yaş altı ölümlere etkisi. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2003; 7(1):1-5.
110. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2006; 1(2):92-104.
111. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2007; 38(4):155-61.
112. Çakmak P, Minareci Y, Yunan O, Var T, Güngör T, Mollamahmutoğlu L. Gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society 2006; 3(3): 157-61.
113. Kaya F, Serin Ö. Doğum öncesi bakımın niteliği. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Derg 2008; 5(1):28-35.
114. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumlarını etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2008; 3(9):157-72.
115. Çağlayan Ç, Etiler E. Kocaeli ili Körfez ilçesi sağlık ocaklarında 1999 Marmara depremi sırasında yapılan gebe ve bebek izlemlerinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(5):364-73.
116. Öcek Z, Soyer A. Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz 2000-2004 Türkiye fotoğrafı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 1. Baskı, Aralık 2007, Ankara.
117. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2):137-41.

118. Çetinkaya F, Naçar M, Aslan A, Öztürk Y. Kayseri’de ebelerin gebe ve bebek izlem etkinliği. Türk Aile Hekimleri Derg 2004;8(1):14-9.
119. Karakuş A. Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Olan Davranış ve Tutumlarının Belirlenmesi (tez). İstanbul: İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
120. Önde M, Ergin F, Atasoylu G, Çıbık A. Aydın’da 15-49 yaş arası kadınlarda tetanoz bağışıklamasında kaçırılmış fırsatlar. Adnan Menderes Üniv Tıp Fak Derg 2007; 8(1): 12-8.
121. Altıparmak S, Altıparmak O, Demirci Avcı H. Manisa’da gebelikte sigara kullanımı. Türk Toraks Derg 2009;10:20-5.
122. Karaçam Z. Gebelerin Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Uygulamaları (tez).Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1991.
123. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg 2005; 48:226-33.
124. Ünal PC, Akgün T, Çiftçili S, Boler İ, Akman M. Bebek dostu bir ana çocuk sağlığı merkezinden hizmet alan anneler neden bebeklerine erken ek gıda vermeye başlıyor? Türk Pediatri Arşivi 2008; 43: 8-64.

## RESİMLEMELER LİSTESİ

ŞEKİLLER	SAYFA
Şekil 1:Doğum Yöntemleri	26
Şekil 2: Sezaryen Doğum Nedenleri	27
Şekil 3. Katılımcıların gebelik sırasında aldığı eğitimler	35
Şekil 4: Sezaryen Doğum Yapan Katılımcıların Operasyondan Memnun Olma Durumları	38

<b>TABLolar</b>	<b>SAYFA</b>
<b>Tablo 1.</b> Antenatal Tarama Testleri	7
<b>Tablo 2.</b> İlk Muayeneden Sonra Rutin Prenatal Bakımda Değerlendirilmesi Önerilen Parametreler	7
<b>Tablo 3.</b> Prenatal Yüksek Risk Faktörleri	12
<b>Tablo 4.</b> Gebelikte Gelişen Kalp Hastalığı İçin Bazı Klinik Göstergeler	16
<b>Tablo 5.</b> Gebelikte sigara içiminin perinatal dönemde olası zararlı etkileri	19
<b>Tablo 6.</b> Sezaryen Endikasyonları	21
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların Yaş ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımları	27
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların Gelir Düzeyi ve Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı	28
<b>Tablo 9.</b> Katılımcıların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımları	29
<b>Tablo 10.</b> Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları	30
<b>Tablo 11.</b> Katılımcıların Son Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımları	32
<b>Tablo 12.</b> Araştırmaya Katılanların Son Gebelikte Bakım Alma Özelliklerine Göre Dağılımları	34
<b>Tablo 13.</b> Araştırmaya Katılan Kadınların Doğum Şekli ve Son Gebelik Takibini Yaptırdığı Kuruluşa Göre Tetanoz Aşısı Yaptırma Durumları	35
<b>Tablo 14.</b> Katılımcıların Son Gebeliklerindeki doğum Ağırlıkları ve Emzirme Durumlarının Dağılımı	36
<b>Tablo 15.</b> Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Sezaryen Doğum Özelliklerinin Dağılımı	38

## ÖZGEÇMİŞ

17.04.1983 yılında Turhal/Tokat'ta doğdum. İlköğretim ve lise öğrenimimi Turhal'da tamamladım. 2001'de Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik lisansına başladım. 2003'te Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesine yatay geçiş yaptım ve 2006'da lisansımı burada tamamladım. Aynı yıl Edirne Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programına başladım. Temmuz 2007'de İstanbul Beşiktaş Dikilitaş sağlık ocağına atandım. Halen Dikilitaş sağlık ocağında ebe olarak görev yapmaktayım.

YELİZ YILDIRIM VARIŞOĞLU

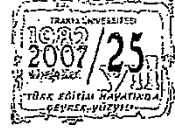
## **EKLER**



# EK I



T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı :B.30.2.TRK.0.01.00.00/102 - 14844

16 KASIM 2007

Konu :

Trakya Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

**İLGİ** : 19.10.2007 tarih 500-643 sayılı yazınız.

Yerel Etik Kurulumuza başvurusunu yaptığımız 08.11.2007 tarih ve 21 sayılı oturumunda görüşülmüş olan 08 no.lu "Antenatal Bakımın Sezaryen ve Normal Doğuma Etkilerinin Belirlenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz Kararı ekte sunulmuştur.

İlgili yönetmelik gereği araştırmaya başlama ve bitiş tarihinin Kurulumuza bildirilmesi, altı aylık süreyi aşması durumunda altı aylık sürelerle bilgi verilmesi, her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek yapılması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Filiz AKATA  
Dekan

Ek:1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ YEREL ETİK KURULU  
Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI  
İLAÇ DIŞI

BAŞVURU BİLGİLERİ	Protokol Kodu	TÜTFEK / 188
	Protokol Adı	Antenatal Bakımın Sezaryen ve Normal Doğuma Etkilerinin Belirlenmesi
	Sorumlu Araştırmacı Ünvanı/Adı	Doç. Dr. Cenk SAYIN
	Araştırma Merkezi	TÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
	Destekleyici Firma	Araştırmacıların kendileri
	Fazı	Anket çalışması

BELGELER	Belge Adı	Tarih/Değişiklik No.	Dil
	Araştırma Protokolü	23.10.2007.	Türkçe
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru		
	Olgu Rapor Formu		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 21/8	Tarih: 08/11/2007.
	Fakültemizde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Yeliz VARİŞOĞLU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda gerçekleştirilmesinde sakınca olmadığına mevcudun oybirliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI: T.Ü. Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesi

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMEÇİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Banış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı

\* Araştırma ile ilişki  
\*\* Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA  
Dekan

## EK II

### PROTOKOL

#### Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Trakya Üniversitesi  
Üniversitesi/Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.  
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Beslitaş Sağlık Grup Başkanlığına  
bağlı tüm sağlık ocakları

Çalışmanın adı Doğum öncesi bakımın sezaryen ve normal doğumla bedene  
etkilerinin belirlenmesi

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler Yeliz (YILDIRIM) VARİŞOĞLU  
Deneyim: Doç. Dr. N. Cenk SAĞLIK

#### Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.  
Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.  
Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.  
Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 21.01.2008/Bitiş 21.04.2008

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

#### Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.  
Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.  
Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.  
Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü S.A.D. süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

#### Ek Bilgi:

#### Taraflar:

22.01.2008

Unvanı-Adı-Soyadı

Yeliz VARİŞOĞLU

Yeliz

OLUR

22.01.2008

Vali

Uz.Dr.Mehmet BAKAR

Sağlık Müdürü

22.01.2008

Unvanı-Adı-Soyadı

Uzm. Dr. H. H. Akdoğan Karakış

H. H. Akdoğan

### EK III

#### ANKET FORMU

**KONU:** İstanbul Beşiktaş Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde doğum yapan kadınların antenatal bakım alma durumlarının sezaryen ve normal doğuma etkilerinin belirlenmesi.

#### Sayın katılımcı

Size 38 sorudan oluşan bir anket uygulayacağız. Bu ankete isim ve soy isim yazılmayacak. Bu araştırmadan elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

**FORM NO:** □□ □□□

**TARİH:**.....

1.Yaşınız :.....
------------------

2.Kaç yıldır evlisiniz?.....
------------------------------

3.Eşinizle aranızda akrabalık var mı? Evet <input type="checkbox"/> evet ise neyiniz olur..... Hayır <input type="checkbox"/>
---

4. Öğrenim durumunuz	Kendisinin (Toplam yıl...)	Eşinin (Toplam yıl.....)
	Okuryazar değil <input type="checkbox"/>	Okuryazar değil <input type="checkbox"/>
	Okur-yazar <input type="checkbox"/>	Okur-yazar <input type="checkbox"/>
	İlkokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	İlkokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>
	Ortaokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	Ortaokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>
	Lise bitirmiş <input type="checkbox"/>	Lise bitirmiş <input type="checkbox"/>
	Yüksekokul bitirmiş <input type="checkbox"/>	Yüksekokul bitirmiş <input type="checkbox"/>

5. Mesleğiniz	Kendisinin.....	Eşinin.....
Son altı aydır gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	evet ise	Kendi işinde yalnız çalışıyor <input type="checkbox"/> Kendi işinde çalışıyor <input type="checkbox"/> Ücretli ( Devlet memuru ) <input type="checkbox"/> Ücretli (Özel sektör ) <input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Diğer.....
		Günde kaç saat çalışıyorsunuz?.....saat
		İş yerinde gebelik izlemi yapılıyor mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
		Gebelik durumunda işinizde bir değişiklik yapıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> evet ise nasıl bir değişiklik oldu?.....

6.Sürekli oturduğunuz yer	Köy/Mahalle.....
---------------------------	------------------

7. Hanenizin toplam aylık geliri.....YTL
--

8.Sağlık sigortanız var mı?	Kendisi	Eşi
	Yok <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>
	Bağ-Kur <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/>	Bağ-Kur <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/>
	Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/>	Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/>

9. İlk gebelik yaşı.....	10. Gebelik sayısı.....
11. Canlı doğum sayısı.....	12. Ölü doğum sayısı.....
13. Düşük sayısı.....	14. Küretaj sayısı.....

15. İdeal çocuk sayısı kaç olmalıdır?	Size göre.....	Eşinize göre.....
---------------------------------------	----------------	-------------------

16. Çocuklarınızın yaş ve cinsiyetleri nedir?					
	Yaş	Cinsiyet		Yaş	Cinsiyet
1.Çocuk	.....	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		3.Çocuk	..... K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
2.Çocuk	.....	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		4.Çocuk	..... K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Diğer.....					

17. Bu son gebeliğinizi planlamış mıydınız? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Hayır ise	Daha sonra planlıydı <input type="checkbox"/>	Hiç gebelik istemiyordum <input type="checkbox"/>
---	-----------	---	---

18. Son gebeliğe ilişkin olarak;	Tanısı nerede konuldu?	Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>	AÇS-AP <input type="checkbox"/>	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>	Diğer..... <input type="checkbox"/>	Üniversite Hastanesi <input type="checkbox"/>	Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/>	Özel Hastane <input type="checkbox"/>	Eczane <input type="checkbox"/>
----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------	--	-------------------------------------	---	--	---------------------------------------	---------------------------------

19. Son gebeliğe ilişkin olarak;	Danışmanlık aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise;	Kimden: Hekim <input type="checkbox"/> Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/>							
			Nereden: Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> Devlet Hast./Doğumevi <input type="checkbox"/> AÇS-AP <input type="checkbox"/> SSK Hastanesi <input type="checkbox"/> Üniversite Hast. <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/> (Birden fazla cevap olabilir)							
			Ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>							
		Hayır ise	Gerek duymadım <input type="checkbox"/> Ekonomik nedenle <input type="checkbox"/> Güvenmedim <input type="checkbox"/> Gelenek görenekler <input type="checkbox"/> Bilmiyordum <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/>							

20.Son gebeliğinizde doğum yöntemleri hakkında bilgi aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Evet ise kimden aldınız? Doktor <input type="checkbox"/> Ebe/hemşire <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/>

21. Gebelikte sistemik hastalık geçirdiniz mi? Gebelik hipertansiyonu <input type="checkbox"/> Tiroid hastalığı <input type="checkbox"/> Diyabet (şeker hastalığı) <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı <input type="checkbox"/> Kalp hastalığı <input type="checkbox"/>
Diğer..... <input type="checkbox"/>

22.Sigara kullanıyor musunuz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> evet ise...../günde
--

23. Alkol kullanıyor musunuz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> evet ise.....(miktar)
--

24. Son gebeliğe ilişkin olarak;	Gebeliğiniz boyunca izlem yapıldı mı?  Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Nerede? Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> AÇS-AP <input type="checkbox"/> SSK Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> Üniversite Hast. <input type="checkbox"/> Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/> Devlet Hast./Doğumevi <input type="checkbox"/> Evde <input type="checkbox"/> Diğer.....(Birden fazla yanıt olabilir)
			Kim tarafından Kaç kez Hekim <input type="checkbox"/> ..... Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/> ..... Ara Ebesi <input type="checkbox"/> ..... Diğer .....
			Doğum öncesinde ilk bakım gebeliğinizin kaçınıcı ayında yapıldı?
			Gebelik kontrollerinin herhangi birinde; Evet Hayır Sarılık tetkiki yapıldı mı? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tartıldınız mı? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boyunuz ölçüldü mü? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tansiyonunuza bakıldı mı? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kansızlık tetkiki (sayımı/Hb ölçümü) yapıldı mı? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> İdrar tetkiki yapıldı mı? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bebğinizin kalp atışları dinlendi mi? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ultrasonografi yapıldı mı? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genel/Vaginal muayene yapıldı mı? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Doğum öncesi gebelik kontrollerinin herhangi birinde aşağıdakiler hakkında bilgi verildi mi? Evet Hayır Gebelikte tehlike belirtileri <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gebelikte beslenme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doğum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gebelik egzersizleri <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bebek beslenmesi/emzirme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aile planlaması <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Gebeliğiniz sırasında yandakilerden herhangi biri/birkaçı size önerildi mi? Evet Hayır Folik asit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Multivitamin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demir hapt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hayır ise neden? Gerek duymadım <input type="checkbox"/> Ekonomik nedenlerle <input type="checkbox"/> Güvenmedim <input type="checkbox"/> Gelenek görenekler <input type="checkbox"/> Bilmiyordum <input type="checkbox"/> Diğer.....		

25. Son gebeliğinizde tetanoz aşısı yapıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	İlk olarak gebeliğinizin kaçınıcı ayında oldunuz?..... Bu aşığı kaç kez oldunuz? Bir doz <input type="checkbox"/> İki veya daha fazla doz <input type="checkbox"/> Bilmiyor <input type="checkbox"/>
		Hayır ise neden?.....

26. Son gebeliğe ilişkin olarak;	Doğuma ne zaman geleceğinize nasıl karar verdiniz?		
	Ağrılarım sıklaştı <input type="checkbox"/>	Doktor zaman verdi <input type="checkbox"/>	
	Su geldi <input type="checkbox"/>	Diğer.....	
	Doğumunuzu nasıl yaptınız?		
Normal (vaginal) <input type="checkbox"/>			Sezaryen <input type="checkbox"/>
Doğum sırasında herhangi bir sorun yaşadınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Uzun ve zor oldu <input type="checkbox"/>	
		Ağrılarım çok oldu <input type="checkbox"/>	
		Ateşim oldu <input type="checkbox"/>	
		Aşırı kanamam oldu <input type="checkbox"/>	
		Diğer .....	
Doğum için ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>			
Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>			
Evet ise nereye/ kime ödediniz?.....			

27. Doğumdan <b>ilk bir saat içinde</b> bebeğiniz size verilip emzirmeniz sağlandı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Hayır ise ne zaman verildi?.....	
Bebeğinizin doğumdaki boyu/kilosu...../.....	
Doğum sonrası bebeğin durumu	Annenin yanında <input type="checkbox"/>
	Yenidoğan ünitesinde <input type="checkbox"/>
	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde <input type="checkbox"/>

**Sezaryen olduysanız (lütfen devam ediniz)**

28. Sezaryen neden oldunuz? .....	
.....	
29. Gebeliğinizin erken döneminde sezaryen istiyor muydunuz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
30. Zorunlu olmasanız da yine sezaryen olmak ister miydiniz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
31. İlk doğumunuz normal doğum ise ikincisini sezaryen tercih eder miydiniz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
32. İlk doğumunuz sezaryen ise ikincisini normal doğum tercih eder miydiniz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
33. Sezaryen tercih edildiğinde doğum ağrıları (eylemi) başlamış mıydı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
34. Doğum öncesinde duruş ya da geliş anomalisi var mıydı? Evet ise neydi? .....	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
35. Sezaryen olduğunuz için memnun musunuz? Hayır ise neden?.....	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
36. Sezaryen ameliyatı konusunda size bilgi hiç verildi mi? Evet ise kim verdi ?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Doktor <input type="checkbox"/> Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/>	Kendi çabamla öğrendim <input type="checkbox"/>
Aile veya arkadaş çevresi <input type="checkbox"/>	Basın- yayın dan öğrendim <input type="checkbox"/>
Diğer.....	
37. Sezaryen için sizin ısrarınız oldu mu?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
38. Sezaryen olduğunuz için memnun musunuz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

**EK IV**