

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ZONGULDAK'TA KADIN DOĞUM HASTANESİ'NE
BAŞVURAN GEBELERİN BİLGİ, TUTUM VE
DENEYİMLERİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİNE ETKİSİ**

MEDİNE GÜZEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MEHMET ALİ KURÇER**

**ZONGULDAK
2014**

KABUL VE ONAY:

Medine GÜZEL tarafından hazırlanan “ZONGULDAK'TA KADIN DOĞUM HASTANESİNE BAŞVURAN GEBELERİN BİLGİ TUTUM VE DENEYİMLERİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİNE ETKİSİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

26/05/2014

Başkan (Danışman)

: Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

Üye

: Doç. Dr. Sadık TOPRAK

Üye

: Doç. Dr. İlker ARIKAN

Üye

: Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ

Üye

: Yrd. Doç. Dr. Hülya KULAKÇI

ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

TARİH 27.06/2014


Doç. Dr. Gamze YURDAKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri geçen, bilgi, yetenek ve deneyimleri ile rehberlik eden değerli hocalarım Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER'e, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU'na, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sibel KIRAN'a, Zonguldak Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesi'nde gebe polikliniğinde çalışan ebe arkadaşlarıma ve servis arkadaşlarıma, ayrıca uzmanlık eğitimim boyunca birlikte eğitim aldığım fikir alışverişi yaptığım arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan bana desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili Ayşe KÜÇÜKAY ve babam Aziz KÜÇÜKAY'a, sevgili eşim Cenk Batur GÜZEL'e teşekkür ederim.

Medine GÜZEL

Haziran 2014, ZONGULDAK

ÖZET

Medine Güzel. Zonguldak Kadın Doğum Hastanesi'ne başvuran gebelerin bilgi, tutum ve deneyimlerinin doğum şekli tercihlerine etkisi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2014

Dünyada ve ülkemizde sezaryen oranları hızla bir şekilde artmaktadır. Tüm sağlık çalışanlarının sezaryenle doğum oranlarının azaltılmasında önemli rolleri vardır.

Bu araştırma gebelerin bilgi, tutum ve deneyimlerinin doğum şekli tercihlerine etkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Zonguldak İlının merkezinde Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni 23 Ocak-16 Şubat 2012 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran 512 gebe oluşturmaktadır. Elde edilen veriler; SPSS 15.0 Windows paket programı yardımıyla değerlendirildi. $P<0.05$ anlamlılık sınırı kabul edilmiştir. Veriler ortalama±standart sapma ile gösterildi, önemlilik testlerinden ki-kare testi uygulanmıştır.

Gebelerin %67.6'sı vajinal doğumu, % 30.7'si sezaryeni tercih ederken, %1.8'i kararsız kalmıştır. Vajinal doğum tercihinin başlıca sebepleri sağlıklı olması (%67.3) ve vücudun erken toparlanması (%28.1) ve sezaryenle ilgili kaygılardır (%7.4). Annenin yaşının 20 ve altında olması, çocuk sahibi olmaması, annenin isteyerek gebe kalması, doğum şekline doktor değil de kendisinin ya da eşinin vermesi, bir kronik hastalık varlığı, ölü doğum öyküsü olmaması, iri doğum öyküsü olmaması, uzamış travay öyküsü olmaması, önceki doğumun normal olması, önceki doğumda sorun yaşanmamış olması anlamlı düzeyde daha fazla vajinal doğum tercihine neden olmaktadır.

Annelerin önemli bir kısmının tercihi vajinal doğumdan yanayken, hekimlerin tercihi ağırlıklı olarak sezaryenden yanadır. Bu durum sezaryen endikasyonlarının hekim tarafından titizlikle değerlendirilerek annelerin isteklerine önem vermelerini gerektirmektedir.

Anahtar Sözcükler: Doğum Şekli, Sezaryen, Normal Doğum, Gebe, Sosyo-ekonomik durum

ABSTRACT

Medine Güzel. "Zonguldak Maternity Hospital who presented to the knowledge, attitudes and preferences influence the shape of the birth experience" Bülent Ecevit University, Institute of Health Science, Department of Public Health, Master's Degree Thesis, Zonguldak, 2014

Cesarean rates increasing fast at the World and our country. All health personel act an important part to decrease cesarean rates.

The purpose of this research is pregnant's knowledge, attitude and experiments effects an barn modality design.

This research is descriptive, has sone at Zonguldak Women and Child Diases Hospital. The research include 512 pregnants, that applied pregnancy Polyclinic between the dates 23 January- 16 February 2012. Obtained datas were evawated via SPSS 15.0 Windows pocket program. Datas have shown by the calculated mean± standart deviationi importance test of chi-square was applied.

%67,6 of pregnants have chosen vaginal birty, %30,7 have chose cesarean, %1,8 been double minded. The main reasons the choose vaginal birty are healty (%67,3), makes body fit earlier (%28,1) and have doubts about cesarean (%7,4). Case of mother is under 20 years old, hasn't got a baby, got pregnant willingly, to choose born modality own or with her husband, has a chronic illneus, has a dead born tale (uzamış travay öyküsü olmaması), had vaginal birty before, not have problems on previous born are the significant reasons the choose vaginal birty.

Anything big party of mothers coose vaginal delivery, doctor choose cesarean predominantly. This case requires to give importance to mother choose by evolute cesarean indications fussily by the doctors.

Key Words: Delivery Mode, Caesarean, Vaginal Delivery, Pregnant, Socio-economic status

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLO DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Doğum.....	3
2.1.1. Normal doğum	3
2.1.2. Sezaryen	8
2.1.3. Sezaryen sonrası vajinal doğum.....	14
2.1.4. Doğum şekline karar verme sürecinde ebe ve hemşirenin rolü	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Yapıldığı İşyerinin Tanıtımı, Araştırmanın Tipi ve Evreni	17
3.2. Araştırma Örnek Büyüklüğü ve Seçimi	17
3.3. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Veri Toplama.....	17
3.4. İstatistiksel Analiz.....	17
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.6. Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler	18
3.7. Etik Konular ve Kurumsal İzin	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. Gebelerin Yaş, Eğitim Durumu Ve Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	20
4.2. Gebelerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı.....	21
4.3. Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	21
4.4. Gebelerin Kişi Başına Düşen Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	22
4.5. Gebelerin İlk Gebelik Yaşı Ortalamasına Göre Dağılımı	22
4.6. Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Dağılımı.....	22
4.7. Gebelerin Takibini Yaptırdığı Kuruma Göre Dağılımı.....	23
4.8. Gebelerin Takibini Yapan Kişilere Göre Dağılımı	23

4.9. Gebelerin Preterm, Ölü doğum, İri bebek ve Uzamış Travay Durumlarına Göre Dağılımı	23
4.10. Gebelerin Önceki Doğum Şekillerine göre dağılımı.....	24
4.11. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Göre Dağılımı	24
4.12. Normal Doğum Tercih Eden Gebelerin Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı	25
4.13. Sezaryeni Tercih Eden Gebelerde Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı.....	25
4.14. Gebelerin Doğum Hakkında Bilgi Alma Durumu Göre Dağılımı	25
4.15. Gebelerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	26
4.16. Gebelerin Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Dağılımı	26
4.17. Gebelerin Düşük Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	26
4.18. Gebelerin Önceki Doğumlarda Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı...	27
4.19. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinde Doktor Kararı Dağılımı	27
4.20. Gebelerde Yaş Dağılımına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri.....	27
4.21. Gebelerin Çocuk Sayılarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri	28
4.22. Gebelerin Egzersiz Sürelerine Göre Doğum Tercihi yüzdeleri	28
4.23. Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri....	29
4.24. Gebelerin Takibe Gelme Sayılarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri.....	29
4.25. Gebelerin Doğum Şekli Kararını Veren Kişiye Doğum Tercihi Yüzdeleri..	29
4.26. Gebelerin Vücut Kitle Endekslerine Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri	30
4.27. Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri	30
4.28. Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Doğum Tercih Yüzdeleri.....	31
4.29. Gebelerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri ...	31
4.30. Gebelerin Eşinin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri.....	32
4.31. Gebelerin Kronik Hastalık Varlığına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri.....	32
4.32. Gebelerin Takibini Yapan Kişilere Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri	33
4.33. Gebelerin Takibini Yaptırdığı Kurumlara Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri .	33
4.34. Gebelerin Düşük Yapma Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri	33
4.35. Gebelerin Preterm Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri	34
4.36. Gebelerin Ölü Doğum Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri	34
4.37. Gebelerin İri Bebek Doğurma Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri.....	35
4.38. Gebelerin Uzamış Travay Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri.....	35
4.39. Gebelerin Önceki Doğum Şekillerine Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri.....	35

4.40. Gebelerde Önceki Doğumdan Sonra Sorun Yaşama Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdesi.....	36
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	44
6.1. Sonuçlar	44
6.2. Öneriler	44
7. KAYNAKLAR	45
8. EKLER.....	45
Ek 1. Etik Kurul İzni	52
Ek 2. Kurul izni	53
Ek 3. Anket formu.....	54
9. ÖZGEÇMİŞ	56

SİMGELER VE KISALTMALAR

- BKI** : Beden Kitle İndeksi
ABC : Airway Breathing Circulation
DAKŞ : Dakikada Akış
AVPU : Alert Vebral Painful Unresponsive
APGAR : Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
SSVD : Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı.....	20
Tablo 2. Gebelerin eğitim durumuna göre dağılımı	20
Tablo 3. Gebelerin çalışma durumuna göre dağılımı	21
Tablo 4. Gebelerin sosyal güvence durumlarına göre dağılımı.....	21
Tablo 5. Gebelerin eşlerinin çalışma durumlarına göre dağılımı	21
Tablo 6. Gebelerde kişi başına düşen gelir düzeyine göre dağılımı.....	22
Tablo 7. Gebelerin ilk gebelik yaşına göre dağılımı	22
Tablo 8. Gebelerin gebeliği isteme durumlarına göre dağılımı.....	22
Tablo 9. Gebelerin takibini yaptırdığı kuruma göre dağılımı.....	23
Tablo 10. Gebelerin takibini yapan kişilere göre dağılımı	23
Tablo 11. Gebelerin preterm, ölü doğum, iri bebek ve uzamış travay durumlarına göre dağılımı	24
Tablo 12. Gebelerin önceki gebeliğin varlığı ve sonlanma şekillerine göre dağılımı	24
Tablo 13. Gebelerin doğum şekli tercihlerine göre dağılımı.....	24
Tablo 14. Normal doğum tercih eden gebelerin tercih nedenlerine göre dağılımı....	25
Tablo 15. Sezaryeni tercih eden gebelerde tercih nedenlerine göre dağılımı.....	25
Tablo 16. Gebelerin doğum hakkında eğitim aldığı konuların dağılımı	26
Tablo 17. Gebelerin egzersiz yapma durumlarına göre dağılımı	26
Tablo 18. Gebelerin kronik rahatsızlık durumuna göre dağılımı	26
Tablo 19. Gebelerin düşük yapma durumlarına göre dağılımı.....	27
Tablo 20. Gebelerin önceki doğumlarında sorun yaşama durumuna göre dağılımı..	27
Tablo 21. Gebelerin doğum şekli tercihlerinde doktor kararı dağılımı	27
Tablo 22. Gebelerin yaş dağılımına göre doğum tercihi yüzdeleri	28
Tablo 23. Gebelerin çocuk sayılarına göre doğum tercihi yüzdeleri.....	28
Tablo 24. Gebelerin egzersiz sürelerine göre doğum tercihi yüzdeleri.....	28
Tablo 25. Gebelerin gebeliği isteme durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri.....	29
Tablo 26. Gebelerin takibe gelme sayılarına göre doğum tercihi yüzdeleri.....	29
Tablo 27. Gebelerin doğum şekli kararını veren kişiye doğum tercihi yüzdeleri	30
Tablo 28. Gebelerin vücut kitle endekslerine göre doğum tercihi yüzdeleri	30
Tablo 29. Gebelerin eğitim durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri	31

Tablo 30. Gebelerin çalışma durumuna göre doğum tercih yüzdeleri	31
Tablo 31. Gebelerin sosyal güvence durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri.....	32
Tablo 32. Gebelerin eşinin çalışma durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri	32
Tablo 33. Gebelerin kronik rahatsızlık varlığına göre doğum tercihi yüzdeleri	32
Tablo 34. Gebelerin takibini yapan kişilere göre doğum tercihi yüzdeleri	33
Tablo 35. Gebelerin takibini yaptırdığı kurumlara göre doğum tercihi yüzdeleri	33
Tablo 36. Gebelerin düşük yapma durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri.....	34
Tablo 37. Gebelerin preterm öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri	34
Tablo 38. Gebelerin ölü doğum öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri....	34
Tablo 39. Gebelerin iri bebek doğurma öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri.....	35
Tablo 40. Gebelerin uzamış travay öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri	35
Tablo 41. Gebelerin önceki doğum şekillerine göre doğum tercihi yüzdeleri	36
Tablo 42. Gebelerde önceki doğumdan sonra sorun yaşama durumuna göre doğum tercihi yüzdesi	36

1. GİRİŞ

Normal doğum insan doğasına en uygun doğum yöntemi olmakla birlikte yeterli destek ve uygun müdahale ile başarılı bir şekilde gerçekleşebilme olasılığı artmaktadır. Ancak baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal doğum gerçekleşmemekte ya da anne veya bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Bu durumda bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir (1).

Sezaryen doğum ise fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (2). Pek çok kadın normal doğum acısını çekmemek, sancı duymamak için hamile olduğunu öğrendiği ilk günden itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar vermektedir. Ayrıca kadınların eskiye göre daha geç yasta evlenmeleri, daha geç yasta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, “Riskli gebelik” ve “Kıymetli bebek” kavramının ortaya atılması yer almaktadır (3). Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, sezaryen hızında çok belirgin artış olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir (4). Ancak pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir. Ülkeler arasında en yüksek sezaryen oranı Latin Amerika ve Karayipler (%17- 40) olurken, gelir düzeyi düşük olan Afrika’ da (%3.5) bu oran en düşük seviyededir (5). Türkiye’de ise sezaryen oranları son 20 yılda neredeyse 3 kata kadar artış göstermiştir. 1988’de %5.7, 1998’de %21, 2010 yılı itibariyle de % 45’in üzerinde oranlar ortaya çıkmıştır. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre de sezaryen oranı %42 olarak bulunmuştur (6). Sezaryenle doğum oranlarındaki bu artış hemen hemen tüm ülkelerde izlenmekle beraber oranlar ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar ile değişiklik göstermektedir (7).

Kadınlar doğum şekline karar verirken birçok faktörden etkilenebilmektedirler. Özellikle aile bireyleri, arkadaş çevresi, sosyal medya, sağlık personeli bu konuda yönlendirici olabilmektedir (4). Sonuçta kadınlar tüm bu faktörlerden etkilenerek, kendileri için uygun görülen doğum şekline karar

verebilmekte, bazen isteyerek, bazen de istemeden planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedir. Burada önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır.

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için annenin bu dönemlere hazırlığı ve uyumu önemlidir. Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu da kolaylaştıracaktır. Bu nedenle sağlık personelinin özellikle ebelerin bu konuya daha duyarlı, bilgili ve donanımlı yaklaşımları kadın sağlığının yükseltilmesinde önemli rol oynayacaktır. Yaptığımız bu çalışmada kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum

Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gramın üzerinde olan ya da baş topuk mesafesi 25cm ve üzerinde olan fetüslerin doğumu anlaşılmaktadır. DSÖ 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir (8). Diğer bir açıdan bakıldığında doğum, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır (9). Doğum olayı vajinal doğum (normal doğum) ve sezaryen (abdominal yolla doğum) olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir.

Gebelik ve doğum ile ilgili diğer tanımlamalara baktığımızda; gravida gebelik sayısı demektir. Gravida, abortus, mol, ektopik gebelik dâhil olmak üzere tüm gebelikleri kapsar. Parite ise doğum sayısını ifade eder. Nulligravida şimdiye kadar hiç gebe kalmamış ve halen gebe olmayan kadındır. Primigravida ilk kez gebe kalan kadındır. Multigravida daha önce hamile kalmış ve su anda da hamile olan kadındır. Nullipara gebeliğini hiçbir zaman abortusun ötesine götürememiş yani 20. Gebelik haftasından büyük ya da 500 gramın üzerinde ya da doğum yapmamış kadındır. Primipara viabilite dönemine ulaşmış fetüs veya fetüsleri bir kez doğurmuş olan kadındır. Multipara iki ya da daha fazla gebeliğini viabilite dönemine ulaştırmış olan kadındır. Pariteyi belirleyen doğurtulmuş olan fetüslerin sayısı değil viabiliteye ulaşan gebeliklerin sayısıdır. Diğer bir ifade ile parite tek, ikiz, üçüz doğum olmasına bağlı olarak artmaz veya fetüslerin ölü doğmuş olmalarına bakarak azalmaz (10).

2.1.1. Normal doğum

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

- Miadında (tremde/süresinde) bir gebelik olması,
- Tek ve canlı fetüs olması,
- Verteks (başla geliş) pozisyon,
- Baş- pelvis uyumsuzluğunun olmaması,

- Kontraksiyonların, kendiliğinden başlaması ve doğumun başlangıcından sonuna kadar normal düzende devam etmesi,
- Amniyon kesesinin, düzenli doğum ağrıları başladıktan sonra açılmış olması,
- Bebeğin, herhangi bir yardımcı araç kullanmadan sağlıklı olarak doğması,
- Plasentanın, bebeğin doğumundan sonra 30 dakika içinde çıkarılmış olması,
- Doğum eyleminin en fazla 24 saat sürmesi,
- Eylem boyunca 500 cc'den fazla kanamanın olmaması.
- Doğum eylemi sırasında veya eylem nedeniyle anne ve bebekte hiçbir sıkıntının olmamasıdır (11).

2.1.1.1. Doğum eyleminin başladığını gösteren ön belirtiler

- Hafifleme: Doğum eylemin başlamasından birkaç hafta evvel başın gerçek pelvise girmesi ile abdomende bazı değişiklikler gözlenir. Bu olayla birlikte uterus aşağı doğru iner ve diyafragma üzerindeki baskı kalkar. Böylece annenin gebelik boyunca şikâyet ettiği solunum sıkıntısı ortadan kalkar.
- Ani enerji yüklenmesi: Doğum eyleminden 24-48 saat önce epinefrin salgılanmasının yükselmesi ile ani enerji artışı gözlenir. Bu nedenle bazı anneler kendilerini enerjik hissettiklerini söylerler. Bu enerji, doğum eyleminde bebeği itmek için kullanılmalıdır (12).
- Bel ağrısı: Relaksin hormonunun pelvik eklemler üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıkar.
- İshal, sindirim sorunları, bulantı-kusma: Doğum eyleminin başlangıcından hemen önce görülebilir.
- Kilo kaybı: Doğumdan birkaç gün önce progesteron düzeyinin düşmesiyle iştah azalır. Sıvıların atılması ile 1-2 kg verilebilir.
- Yalancı doğum ağrıları: Gerçek doğum ağrılarında bir hafta önce görülen, servikte açılma yapmayan ağrılardır (12).

2.1.1.2. Doğum eyleminin gerçek belirtileri

Gebelik süresince oluşan servikal sekresyonlar, servikal kanalı tıkar. Silinme ve dilatasyonla birlikte serviksi tıkayan miköz tıkaç dışarı atılır. Bu tıkaç, nişane denilir. Nişane, doğum eyleminin başladığını gösteren önemli bir bulgudur. Genellikle nişane atılımından 24-48 saat sonra doğum eylemi gerçekleşir. Kontraksiyon sıklığı 2-3 dakikaya iner. Bu güçlü kontraksiyonların sonucunda servikte dilatasyon gerçekleşir. Doğum eylemi süresince servikte silinme ve dilatasyon olmak üzere iki önemli olay gerçekleşir. Membranların doğum eyleminin başlamasından önce açılmasına, erken membran rüptürü denir. Membranlar açıldıktan 12- 24 saat içinde eylemin spontan olarak başlaması beklenir. Spontan olarak eylemin başlamadığı durumlarda enfeksiyonu önlemek için eylemin başlatılması gerekir. Bu durum, termdeki gebelikler için geçerlidir. Membranlar açıldığı sırada fetüs başı yerleşmediyse umbilikal kord prolapsusu görülebilir. Böyle durumlarda annenin hemen yatırılması gerekir (11).

2.1.1.3. Doğum eyleminin evreleri

Doğum eylemi, doğum ağrılarının başlamasından, çocuğun doğumu ve plasentanın ayrılmasının sonuna kadar olan süredir. Doğum eylemi üç evrede gerçekleşir.

- Doğum eyleminin birinci evresi

Birinci evre, gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Doğumun en uzun evresidir. Aktif fazdan sonra gebe asla ayağa kaldırılıp gezdirilmez; çünkü gelen kısım yerleşmemişse kordon sarkması gelişebilir. Gebe aç ve kendini halsiz hissediyorsa, enerji veren sulu yiyeceklerden az miktarda verilebilir. Sezaryen ihtimali varsa ağızdan hiçbir şey verilmez. Amniyon kesesi açılmış ise hasta yatırılır. Bu halde baş mobil ise kordon prolapsusu açısından riskli olacağı unutulmamalıdır. Gebe ile iletişim kurularak psikolojik ve fiziksel destek sağlanır (11).

- Doğum eyleminin ikinci evresi

İkinci evre, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar, bebeğin doğumu ile sonlanır. Bebeğin başı doğarken gebenin ıkınması önlenir.

İkinmeyi önlemek için ağız açılarak kuvvetli bir şekilde kısa nefesler alıp vermesi sağlanır (11).

- Doğum eyleminin üçüncü evresi

Eylemin üçüncü evresi, bebeğin doğumundan sonra başlayıp plasentanın ayrılıp atılması ile sonlanır. Plasentanın ayrılıp atılması 30 dk ile 45 dk arasında gerçekleşir. Placenta çıktıktan sonra tam olup olmadığı kontrol edilir. Rahim içinde placenta parçası kalırsa kanama ve enfeksiyona sebep olur. Üçüncü evredeki kanama miktarı 200- 300 ml'dir. Placenta tam olarak ayrıldıktan sonra annenin kanama kontrolü ve temizliği yapılmalıdır.

2.1.1.4. Normal doğumda basın esas hareketleri

Termde ki fetüslerin doğumunda fetüs doğum kanalının boşluklarından en iyi şekilde yararlanmalıdır. Bu amaçla da fetüs doğum kanalından çıkarken 5 esas hareket yapar. Bunları şu şekilde özetleyebiliriz (10).

- Angajman

Prezente olan kısmın en geniş çapı ile pelvis girimine girmesine angajman adı verilir. Fetüs basının ilk kardinal hareketidir. Basın en geniş düzlemi olan Suboksipito-bregmatik planı ile pelvis girimine girmesi durumunda angajman tamamlanmış olur.

- Descensus

Aslında ayrı bir kardinal hareket değildir. Doğum eyleminin başlangıcından itibaren devam eder. Prezente olan kısmın doğum kanalı içerisinde pelvis çıkımına kadar inmesi ile tamamlanır. Basın descensusu aşağıda belirtilen 4 kuvvetten biri veya birkaçının etkisi ile olmaktadır. (10)

- Fleksiyon

Baş pelvis girimini geçerken önce bir fleksiyon hareketi yapar. Çünkü basın ilerlemesine karşı doğum kanalının ve yumuşak kısımların yaptığı bir sürtünme direnci vardır.

- İç rotasyon

Baş en geniş geçiş düzlemi olan suboksipito bregmatik-biparietal planı ile pelvis girimini geçtikten sonra descensusuna devam eder. Bu en geniş plan orta

pelviste spina ischiadicalar arasından geçerken kemik pelvis ve huni şeklinde daralan m.levator ani'nin sürtünme direncine uyarak iç rotasyon yapar.

- Defleksiyon

Oksiput kemiği öne dönerek doğum kanalı çıkımına gelen bas sadece habitus değişikliği yaparak doğum kanalından çıkar (13).

- Dış rotasyon

Baş pelvis çıkıntından çıktıktan sonra bir kez daha rotasyon yapar.

- Ekspulsiyon

Başın doğumundan ve dış rotasyonunu yapmasından sonra gövdeye lateral fleksiyon yaptırılarak önce öndeki omuz symphysis altından ve daha sonra arka omuz sakrum boşluğundan doğar (10).

2.1.1.5. Epizyotomi

Kaba anlamda pudendanın insizyonudur. Amacı olası laserasyonlar yerine düz ve temiz bir cerrahi insizyon oluşturmaktır. Ayrıca bilinen ama kanıtlanmamış bir diğer faydası pelvik relaksasyonları önlemesidir. Erken yapılırsa, doğuma kadar insizyondan fazla kanama olabilir. Geç yapılırsa, laserasyonlar önlenemez. Doğru zamanı, 3-4 cm çaplı bir kontraksiyon sırasında bas görülür haldeyken epizyotomi yapmaktır (2).

2.1.1.6. Normal doğum eyleminde acil bakım

Acil sağlık personeli, normal doğum eylemi başlamış veya gerçekleşmek üzere olan hastaya yardımcı olmak için aşağıdaki acil bakım uygulamalarını yapar. Göbek kordonu sıvazlanmaz; çünkü sıvazlama, kan viskozitesini artırır ve ya polisitemiye (kan hücrelerinde ve özellikle eritrosit miktarında anormal derecede artış) neden olur Polisitemi ise kardiyopulmoner sorunlara yol açabilir. Bebeğin burnu ve ağzı bir kez daha aspire edilir. Bebek, bir örtü üzerine konur ve kalp hızı, solunum, cilt rengi, kas tonusu, refleks değerlendirmesi yapılır. Plasenta kendi eksenine etrafında ağırlığıyla döndürülerek çıkarılır. Plasenta çıkarıldıktan sonra iç ve dış zarları kontrol edilir; bir havluya sarılır ve plastik kutuya konur. Eksik varsa içeride plasenta parçası kalmış demektir, doğum sonu kanamaya neden olur. Yenidoğanın bakımı yapılır. En kısa sürede anneyle bebeğin tensel teması ve emzirme sağlanır.

Vaka kayıt formu doldurulur. (doğum zamanını, 1. ve 2. APGAR değerlendirme sonucu vb.) Anne ve bebek, plasenta birlikte uygun hastaneye nakledilir (11).

2.1.1.7. Normal doğum komplikasyonları

Distosi kelime anlamı olarak zor doğum demektir. Annenin doğum kanalı, fetüs ve uterusda ki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir. Bebeğin basının doğduktan sonra omuzlarının kemik yapılarak sıkışmasıdır. Annede diabet, iri bebek, şişmanlık. Uterus adalesinin eylem sırasında ya da daha önce yırtılmasıdır. Sebepleri arasında sancuların yeterli olmasına rağmen açılmanın olmaması, geçirilmiş uterus ameliyatları (sezaryen), uterusu yönelik direk travmalar, doğum esnasında dışarıdan uterusu fazla miktarda basınç uygulanması, baş pelvis uygunsuzluğu olmasına rağmen suni sancı verilmesidir. Bebeğin zarları açıldıktan sonra göbek kordonunun buradan sarkmasıdır. Eylemin herhangi bir safhasında bebeğin sıkıntıya girmesi ve kalp seslerinin yavaşlamasıdır. Plasentanın erken ayrılması (ablasyo), bas pelvis uygunsuzlukları, kordon sarkması, basın normal pozisyonunda olmaması, plasenta previa, gereksiz ve yanlış uygulanan suni sancıdır. Doğumdan sonra uterus içinin dışı doğru dönmesi (uterus inversiyonu) gerçekleşebilir. Doğumdan sonra rahmin yeteri kadar kasılmaması uterus atonisi olarak adlandırılır. Çok ciddi ve ani kanamalara neden olur. Doğumda en sık anne ölüm sebebidir. Özellikle doğum sonrası ilk 24 saat uyanık olmak gerekir. Vajina ve perine laserasyonları 1. ,2. ,3. ve 4. derece olarak sınıflanır. Tekrarlayan normal doğumlardan sonra pelvik relaksasyon (sistosel, rektosel ve üriner inkontinans) olabilmektedir (10).

2.1.2. Sezaryen

Sezaryen doğum; fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (14). Ancak aşağı uterus segmentinin ve serviksin ön dudağının insizyonu ile fetüsün transvajinal olarak vajinal sezaryen operasyonu ile doğmasını bu tanım içermez. Bir de fetüsün sekonder implantasyon sonucu veya uterus rüptürü nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınmasını tanımlamaz (2).

2.1.2.1. Sezaryenin tarihçesi

Operasyonun ismini nereden aldığı konusundaki görüşler üç ayrı açıklama ileri sürülmüştür.

- Julius Caesar'ın bu şekilde doğmuş olduğuna dair görüşler mevcut ise de, tarihi veriler bunları doğrulamamaktadır (2).
- Orta çağda latince bir fiil olan Caedere'nin kesmek manasına geldiği ve sezaryenin bu kökten türediği seklindedir (2).
- Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin önce “lex regia” daha sonra “lex caesarea” olarak adlandırıldığı seklindedir. 1876'da Porro tarafından geliştirilen subtotal sezaryen histerektomiye servikal güdüğün marsupiyalizasyonu ile birleştirdi. Böylece maternal kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar azaldı (2).

Sezaryende donum noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yasandı. Daha öncesinde hasta kanama ya da sepsisten ölmekteyken sütür konulması mortaliteyi azalttı (2). 1912'de Kronig (15) aşağı uterus segmentinde vertikal insizyon ile transperitoneal yaklaşımı ortaya attı. 1926'da Kerr (16) yukarı doğru uzanan hilal sekinde uterus insizyonunu önerdi. Bugün Kerr tekniği en çok uygulanan sezaryen tipidir. Antibiyotik tedavisinin ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan majör operatif işlemlerden biri haline gelmiştir (2).

2.1.2.2. Dünyada ve Türkiye'de sezaryen doğum oranları

Bu yüzyılın başlarında sezaryenle doğum, kadın hayatını kurtarmak için yapılan bir ameliyat iken, ilerleyen zamanlarda fetüsün hayatını kurtaracak düşük riskli bir operasyon olarak düşünölmeye başlanmış ve hem annenin, hem bebeğin, hem de doktorun hayatını kolaylaştıracak bir işlem haline gelmiştir (17). Dolayısı ile dünyada sezaryenle doğum oranı artmaya başlamıştır. Sezaryenle doğum oranlarındaki bu artış ölkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar nedeniyle değişiklik göstermektedir (18). DSÖ'nün 2010 verilerine göre bazı ölkelerin sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri'nde %30.2, İtalya'da %37.4, Brezilya'da %41.3, Meksika'da %36.1, Kore'de %37.7, İsviçre'de %28.9, Almanya'da %27.8'dir (19). Görüldüğü gibi bu ölkelerde sezaryen oranları DSÖ tarafından önerilen %15 sezaryen oranından oldukça yüksektir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sezaryenle doğum oranı giderek artış göstermiştir. TNSA verilerine göre 2003 yılı için %21,2 olan genel sezaryen oranının

(20) 2008 TNSA'da %42'ye yükseldiği bildirilmektedir (6). Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı sağlık istatistiklerinde ise sezaryenle doğumların tüm doğumlar içerisindeki payının 2003'de %21, 2007'de %35, 2009'da %43 iken 2010'da %45'e yükseldiği, bu oranların devlet hastanelerinde %41, özel hastanelerde %64 ve üniversite hastanelerinde %65 olarak değiştiği belirtilmektedir (21). Hem genel hem de yerel olarak elde edilen tüm bu sonuçlar; Türkiye'deki sezaryenle doğum oranının diğer dünya ülkelerinin çoğundaki sezaryen doğum oranlarından ve DSÖ'nün maksimum olarak belirlediği %15 oranından oldukça yüksek olduğu göstermektedir.

2.1.2.3. Sezaryen oranlarında ki artışın sebepleri

Sezaryen oranlarındaki artışın birçok nedeni bulunmaktadır. Özellikle aşağıda sıralanan nedenlere bağlı olarak sezaryen daha güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmeye başlanmış ve artış göstermiştir (22-23-24).

- Elektronik fetal monitörün kullanımının yaygınlaşması,
- Doğum boyunca fetal sağlığa ilişkin sonuçlara ulaşılabilmesi,
- Cerrahi tekniklerin gelişmesi,
- Antibiyotik ve kan transfüzyonunun kullanımı,
- Cerrahi bakım ve anestezi yöntemlerinde güvenliğin artmış olması.

Aynı zamanda yapılan bir çalışmada, sezaryen oranının artışında kadın doğum uzmanlarının, zor bir vajinal doğuma göre sezaryenle doğumda anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağına inanmalarının rolü olduğu vurgulanmaktadır (25).

Ayrıca anne adayları da sezaryen ile doğumu daha güvenli bir doğum şekli olarak algılayabilmektedir. Bunun nedenin ise planlı sezaryen girişimleri ile işlem zamanının doğum uzmanları tarafından belirlenmesi ve uzun eylem boyunca kadını izlemeyi gerektirmemesi dolayısıyla doğum eyleminin daha çok kontrol altında ve daha güvenli olarak algılanması belirtilmektedir (26).

2.1.2.4. Sezaryenle doğum şeklinin tercih nedenleri

Ülkemizde hızla artan sezaryen doğumun tercih nedenlerine baktığımızda ise;

- Bazı kadınlar vajinal doğumu uzun, ağrılı ve korkutucu bir olay olarak tanımlamaları nedeniyle sezaryenle doğumu tercih edebilmektedir (27).
- Son zamanlarda kadınların, doktorları sezaryen endikasyonu görmediği halde, önceki doğum deneyimlerinden memnun olmamaları, doğum korkularını engelleyememeleri, bebeklerinin sağlığı için endişelenmeleri gibi faktörlerden dolayı vajinal doğumu istemedikleri saptanmıştır. Ayrıca doğuma ilişkin en yaygın korkularının haznede yırtık oluşması ve onarımı olduğu belirlenmiştir (28).
- “Tokofobi” olarak adlandırılan ve doğum korkusu nedeniyle ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk gebe kadınların isteğe bağlı (elektif) sezaryen ile doğumu tercih etmelerine neden olmaktadır (29).
- Kadınların sezaryen kararlarını; aile, arkadaş ve sağlık personelinin desteği, evlilik ilişkisi, önceki doğum deneyimi, plansız gebelik, gebelik ve doğumla ilgili olumsuz ya da karışık duygular, iyileşme süreci, doğumda kontrol hissi, doğum şeklinin kadın için uygunluğu, istenildiği zaman uygulanır olması, gelecek planları, bebeğin güvenliği, yenidoğan bebeğin bakımı, zor travay ve sorun yaşama korkusu, ağrı, kadının doğum bilgisi ve doktor önerileri etkilemektedir (30).

2.1.2.5. Sezaryen endikasyonları

- Anneyle ilgili endikasyonlar

- Geçirilmiş sezaryen: Klasik vertikal insizyon yapılan 1916’larda ortaya atılan “Bir kez sezaryen, her zaman sezaryen” kavramı, Kerr transvers insizyonunun kullanılmaya başlanması ile ve yapılan çalışmalarda uygun vakaların güvenli bir şekilde vajinal doğum yaptırılabilceğinin gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiş gözükmemektedir (2).
- Sefalopelvik uyumsuzluk (CPD): Pelvis yapısı bebeğin doğumu için çok küçük veya anormaldir ya da bebek çok iridir. Doğumdan önce tespit edilebilir ancak bebeğin iri olduğu durumlarda eylemin başlaması ve membran rupturundan sonra 2. fazda 3 saatlik etkin kasılmalara rağmen ilerleme olmamasının görülmesi gerekir. Pelvis girişinde, midpelviste ve çıkışta uyumsuzluklar olabilir (31).
- Dinamik distosi: Serviksin 1 cm/saatlik hızla açılmaması disfonksiyonel eylemi hatırlatmalıdır. Genellikle oksitosin infuzyonu ile açılma sağlanır. Ancak buna

rağmen 2- 3 saat boyunca hiç ilerleme olmazsa hastanın durumu tekrar gözden geçirilmelidir (31).

- Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler: Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkânsız kılabilir (31).
- Annenin sistemik hastalıkları: Annede kronik rahatsızlığı normal doğum yapmasına engel ise sezaryen tercih edilmelidir (31).

- Bebekle ilgili endikasyonlar

- Prezantasyon, situs, habitus anormallikleri (32).
- Fetal Distres: 1970'lerde elektronik fetal kalp hızı monitörlerinin gelişmesine bağlı olarak fetal oksijenizasyon ve asid-baz durumu ile fetal kalp hızı paterni arasındaki ilişkiler gündeme geldi. Uteroplasental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitorizasyon yapılmasının aralıklı yapılan kalp hızı oskultasyonuna bir üstünlüğü olmadığını saptanmasına rağmen fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır. Ancak sürekli anormal kalp hızı paterni olanlarda yapılmalıdır (32).
- Miyad Aşımı: 42 hafta asılmasına rağmen eylem başlamamışsa surmaturasyondan bahsedilir. Postmaturite sendromu gelişip gelişmediği önemlidir (32).
- Fetüs anormallikleri: Hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik gibi durumlardır (32).
- Rh uygunsuzluğu: Ağır formlarında hidrops gelişebilir (31).

- Fetüs ekleriyle ilgili endikasyonlar

Plasenta previa, ablasyo plasenta, plasenta insersiyon anormallikleri, kordon prolapsusu ya da prezantasyonu sezaryen endikasyonu oluşturabilir (9).

- Sosyal endikasyonlar

Annenin isteğine bağlı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısı ile sezaryen yapılabilir (9).

2.1.2.6. Sezaryen komplikasyonları

a-Potansiyel komplikasyonlar

- Pelvik yapıların operatif yaralanması: mesane, barsak ve üreter gibi
- Fistül Formasyonu: Vezikouterin, ureterouterin, uteroabdominal
- İnsizyonun Uzaması: Vajina, mesane, uterin damarları
- İnfeksiyon: Uriner traktus, endoparametrit, yara yeri
- Transfüzyon ihtiyacı: Kanama, anemi
- Histerektomi
- Hematom
- Septik pelvik tromboflebit
- Pulmoner emboli
- Nekrotizan fasyitis
- Evisserasyon

b- Maternal mortalite

Sezaryene bağlı maternal mortalite 4–8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre 26 kat fazladır (31). Bildirilen çoğu ölümlerin komplike olmuş elektif olmayan işlemlerle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (10).

c- Maternal morbidite

Sezaryen doğum, normal spontan vajinal doğuma göre 5–10 kat maternal morbiditeye neden olabilmektedir (33). Morbiditeyi oluşturan temel durumlar endometriozis, hemoraji, idrar yolu İnfeksiyon ve tromboembolizmdir. Obez kadınlarda, sezaryen doğuma bağlı morbidite dramatik bir şekilde artmaktadır (10).

d- Perinatal mortalite ve morbidite

Sezaryenle doğumun perinatal mortalite ve morbiditeyi azalttığı konusunda net bir sonuç gösterilememiştir. Bunun nedeni de perinatal mortalite ve morbiditede

etkili olan faktörlerin prematur doğum, fetal anomaliler ve antepartum olaylar gibi doğum seklinden etkilenmeyen hadiselerin olmasıdır (10).

2.1.3. Sezaryen sonrası vajinal doğum

Sezaryen endikasyonlarının en sık görülen sebeplerinden biri önceki sezaryen sonrası yapılan elektif sezaryendir. Gelişmiş ülkelerde sezaryenlerin yaklaşık %30'u tekrarlayan sezaryenlerdir. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı 2010 verilerine göre tekrarlayan sezaryen oranı %19.8'dir (21). Bu durum, 1916'da Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımının aksi yöndeki tüm çalışmalara rağmen değiştirilememesi sonucu ortaya çıkmıştır (34). Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir. Flamm ve arkadaşları (1997) sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) uygulanan olgularda, maternal mortalitenin daha az olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca infeksiyon, hemoraji, viseral organlarda hasar, transfüzyon ihtiyacı gibi cerrahinin yol açacağı maternal komplikasyonlar ile daha az karşılaşılacağını ve hastanede kalış süresinin kısıllacağını bildirmişlerdir (35).

SSVD denenen hastalarda en korkulan ve en ciddi komplikasyon uterin rüptürdür. Yapılan bir çalışmada, 1987-1994 yılları arasında daha önce sezaryen geçirmiş ve SSVD önerilmiş 20.000 hastayı inceleyen çalışmalar derlenmiş ve başarı oranlarının %75 ile %82 arasında olduğu, uterin rüptür yüzdesinin %0.2-0.8 arasında değiştiği saptanmıştır (36). Yine başka bir çalışmada daha önce sezaryen geçirmiş 6318 gebe incelenmiştir. Bu gebelerin 3249'unda SSVD denendiği, 2889'unun yeniden sezaryen olduğu görülmüştür. SSVD denenen gebelerdeki başarı oranı %60.4 (1262 gebe) ve uterin rüptür oranı %0.3 olarak saptanmıştır (36).

SSVD, dikkatli seçilmiş kadınlarda çoğu zaman başarılı ve güvenli bir işlemdir. Daha önce sezaryen geçirmiş uygun hastalara vajinal doğum şansı verilmelidir, ancak iki seçenekte risksiz değildir. Tekrarlayan sezaryene göre başarılı SSVD daha az morbiditeye sahiptir. Çünkü daha az kan transfüzyonu ve daha az postpartum enfeksiyon riskine, daha kısa hastanede kalma süresine sahiptir ve perinatal mortalitede artış meydana gelmemektedir (37). SSVD uygulaması için merkezlerin koşulları, ekibi ve deneyimi önemlidir. Anne adayları SSVD'ye istekli değilse, uygun olan sezaryen sonrası doğumun tekrar sezaryen ile gerçekleşmesidir (38).

2.1.4. Doğum şekline karar verme sürecinde ebe ve hemşirenin rolü

Perinatal dönem, gebeliğin 20. haftasında başlayan ve yenidoğanın yaşamının ilk haftasına kadar geçen süreyi kapsar (39). Perinatal bakımın genel amacı; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (40). Dolayısıyla perinatal dönemin sonunda sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olabilmek için etkili hemşirelik bakım hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu hizmetler ise geniş ölçüde eğitim, destek ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir.

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için annenin bu dönemlere hazırlığı ve uyumu önemlidir. Bu nedenle gereksinimlerin tanılanması gebenin yakından gözlemi ve izlemi ile mümkündür. Ebelerin mesleki yeterliliğinin yanı sıra perinatal dönem boyunca kadının yanında sürekli olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Bu nedenle gebe kadın ve ailesinin, doğum şekline karar vermelerinde sağlık çalışanları içinde ebe ve hemşirenin rolü ayrıca önem taşımaktadır.

Ebe ve hemşirelerin perinatal dönemde gebe kadını ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak doğum şekline karar vermelerine yardımcı olabilmektedir. Doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirilmiş olan gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştırmaktadır. Eğitim, danışmanlık ve savunuculuk hizmetleri hemşirelerin en önemli rolleri arasında bulunmaktadır. Mesleğin etik ilkeleri göz önüne alındığında ebe ve hemşireler gebe kadınları ve ailelerini yeterli ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı, karar vermesi gerektiğinde kişiyi desteklemeli, kararına saygı duymalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir (41).

Ebe ve hemşireler gebe kadınları gebeliği süresince yakından değerlendirirken bilgi gereksinimlerini de göz önünde bulundurmalıdır. Eğitim hizmetini çiftlerin/gebelerin doğum şekilleri konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerine ve bilgilerindeki eksikliklere ve yanlışlıklara göre planlamalıdır. Tüm seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerini çiftlerle ve kadınla tartışmalı, çiftlerin ve kadının kendisi için uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmalıdır. Şayet herhangi bir riskli durum varsa ve çiftlerin/gebe kadının tercihi dışında bir yöntem uygulanacaksa

bu konuda bilgi verilmeli, nedenleri uygun bir dilde ifade edilmelidir. Gebe kadının doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini paylaşabilmeli, duygularını ifade edebileceği ortamları oluşturmalarıdır (62).

Doğum eylemi sırasında da kadının yanında bulunmalı, ihtiyacı olan bakımları vermeli, eylemle baş etmede kadını cesaretlendirmeli, eyleme gebenin aktif katılımını sağlamalıdır. Böylece kadının kendine olan güveninde artış sağlanabilecektir. Ebe ve hemşireler uygulanacak her işlemde önce çiftlere ve kadına bilgi vermeli, eylemde normalden sapan durumları en kısa sürede belirleyerek ve uygun girişimlerin zamanında yaparak anne ve bebek için yaşam kurtarıcı rolü olduğu unutulmamalıdır (62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı İşyerinin Tanıtımı, Araştırmanın Tipi ve Evreni

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Zonguldak İlinin merkezinde Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Hastane il bünyesindeki tek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'dir.

3.2. Araştırma Örnek Büyüklüğü ve Seçimi

Araştırmanın evreni 23 Ocak- 16 Şubat 2012 tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve muayene olduktan sonra kan basıncı ve kilo takibinin yapıldığı gebe polikliniğine başvuran 512 gebe oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Veri Toplama

- Araştırmanın veri kaynağı yüz yüze görüşme ile kişilerin kendi bildirimine dayalı beyanlarıdır.
- Veri elde edilmesinde yöntemde açıklanan değişkenler doğrultusunda hazırlanan ve Ek -3' de sunulan anket formu kullanılmıştır
- Verilerin yüz yüze görüşmesi araştırmacı tarafından yürütülmüştür.
- Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından birebir doldurtulmuştur.
- Katılımcılar, araştırmanın amaçları konusunda bilgilendirilmiştir. Katılım gönüllü olmuştur.
- Anket formu 23 Ocak- 16 Şubat 2012 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran gebelere uygulanmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler; SPSS 15.0 Windows paket programı yardımıyla değerlendirildi. $P < 0.05$ anlamlılık sınırı kabul edilmiştir. Veriler ortalama \pm standart sapma ile gösterilmiş, önemlilik testlerinden ki-kare testi uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

A. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin değişkenler

- Yaş
- Öğrenim durumu
- Eşinin ve kendisinin çalışma durumu
- Çocuk durumu
- Aylık hane geliri/ evdeki kişi sayısı
- Evlenme yaşı

B. Gebelik öyküsü ve sağlıkla ilgili değişkenler

- Gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı, evlenme yaşı, gebelik ayı
- Kronik rahatsızlık
- Düzenli egzersiz yapma durumu
- Gebeliği isteme durumu, önceki doğum şekli
- Gebeliği takip eden kurum ve kişiler, takibe gelme sayısı
- Düşük, ölü doğum, preterm eylem, uzamış travay, iri bebek doğurma öyküsü durumu
- Doğum tercihi, doğum şekli kararını veren kişi
- Sağlık personelinin doğum şekli konusunda bilgi alma durumu
- Sezaryeni veya normal doğumu seçme nedeni

3.6. Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler

A. Sosyo- demografik değişkenlere ait tanım ve ölçütler

- Kişinin yaş bilgisi için doğum tarihi ölçüt alındı. Yaş hesaplandı. Ortalama yaş ve gruplandırılarak sunuldu.
- Kişinin öğrenim durumu en son bitirdiği okul göz önüne alınarak incelendi. Analizinde okuryazar değil, ilkokul, lise, üniversite ve olarak değerlendirildi.
- Kişinin yaşayan çocuk sayısı açık uçlu olarak soruldu ve analizinde 0, 1, 2, 3 ve üzeri çocuk sayısı olarak sunuldu.
- Haneye giren gelir açık uçlu olarak soruldu ve evde yaşayan kişi sayısına bölünerek kişi başına düşen gelir hesaplandı.

- Eşinin ve kendisinin herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı evet, hayır şeklinde soruldu.
- Evlenme yaşı açık uçlu soruldu.

B. Gebelik öyküsü ve sağlıkla ilgili değişkenler

- Gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı, evlenme yaşı soruları açık uçlu soruldu. Gebelik ayı açık uçlu soruldu fakat değerlendirme yapılırken 1-3 ay arası 1. trimestir, 4-6 ay arası 2.trimestir, 7-9 ay arası 3. trimestir olarak alındı.
- Kronik rahatsızlığı olup olmadığı evet, hayır şekilde soruldu.
- Düzenli egzersiz yapıp yapmadığı evet, hayır şekilde soruldu. Evet cevabını verenlere haftada kaç kez, kaç dakika yaptığı açık uçlu olarak soruldu.
- Gebeliği isteme durumu gebeliğin kendisi ve eşi tarafından istenme durumu eşi ve kendisi istemiş, kendisi istemiş eşi istememiş, eşi istemiş kendisi istememiş, eşi ve kendisi istememiş şeklinde soruldu. Önceki doğum şekli normal doğum, sezaryen, ilk gebeliğim şeklinde soruldu.
- Gebeliği takip eden kurum hastane, aile hekimliği, her ikisi, hiçbiri şeklinde soruldu. Gebeliğini takip eden kişi ebe, aile hekimi, uzman doktor, diğer sağlık personeli, hiçbiri şeklinde soruldu.
- Düşük, ölü doğum, preterm eylem, uzamış travay ve iri bebek doğurma öyküsü soruları var, yok şeklinde soruldu.
- Doğum şekli tercihi normal doğum, sezaryen şeklinde soruldu. Doğum şekli kararının kim tarafından verildiği açık uçlu soru olarak soruldu.
- Sağlık personelinden doğum hakkında bilgi alıp almadığı evet, hayır şeklinde sorulurken evet cevabını veren kişilere bilgi aldığı konular açık uçlu soru olarak soruldu.
- Sezaryen veya normal doğumu tercih etme nedeni açık uçlu soru olarak soruldu.

3.7. Etik Konular ve Kurumsal İzin

Araştırmanın yapılabilmesi için 22.04.2014 tarihli, 2014/08 toplantı numaralı etik kurul izni (Ek 1) ve 15.07.2009 tarihli, 2162-3905 sayılı gerekli kurum izni (Ek 2) ekte sunulmuştur.

4. BULGULAR

Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 23 Ocak-16 Şubat 2012 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran 512 gebeden izin alındıktan sonra yüz yüze anket yöntemi ile araştırmamız yapılmıştır. Gebeler yaş gruplarına göre, eğitim durumuna, mesleğine, sosyal güvence durumuna, eşinin mesleğine göre, gebelik ayına, kronik rahatsızlık durumuna, gebeliği isteme durumuna, gebelik takip sayısına göre, gebeliği takip eden kişiye göre, düşük, preterm, ölü doğum, iri bebek, uzamış travay, önceki doğum şekli, şimdiki doğum tercihi, doğum hakkında bilgi alma durumuna, normal doğum tercih nedenlerine, sezaryen tercih nedenlerine göre değerlendirildi.

4.1. Gebelerin Yaş, Eğitim Durumu Ve Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan 512 annenin yaş ortalaması 27.6 ± 5.22 'dir. Tablo 1'de gebelerin yaş gruplarına göre sayıları ve oranları verilmiştir.

Tablo 1. Gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	%
20 yaş ve altı	47	9.2
21- 30 yaş arası	312	60.9
31 yaş ve üzeri	153	29.9
Toplam	512	100.0

Tablo 2'de gebelerin eğitim durumlarına göre sayıları ve oranları verilmiştir.

Tablo 2. Gebelerin eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okuryazar değil	5	1.0
İlköğretim	313	61.1
Lise	120	23.4
Üniversite	74	14.5
Toplam	512	100.0

Tablo 3’de gebelerin çalışma durumuna göre sayıları ve oranları verilmiştir.

Tablo 3. Gebelerin çalışma durumuna göre dağılımı

Meslek	Sayı	%
Çalışan	68	13.3
Çalışmayan	444	86.7
Toplam	512	100.0

4.2. Gebelerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 4’de gebelerin sosyal güvence durumuna göre sayı ve oranlar verilmiştir.

Tablo 4. Gebelerin sosyal güvence durumlarına göre dağılımı

Sosyal Güvence	Sayı	%
Yok	14	2.7
Var	498	97.3
Toplam	512	100.0

4.3. Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Gebelerin eşlerinin çalışma durumuna göre eşi çalışıyor veya eşi çalışmıyor olarak iki grupta değerlendirilmiştir. Tablo 5’de gebelerin eşlerinin çalışma durumuna göre sayı ve oranlar verilmiştir.

Tablo 5. Gebelerin eşlerinin çalışma durumlarına göre dağılımı

Eşin Çalışma durumu	Sayı	%
Çalışmıyor	17	3.3
Çalışıyor	495	96.7
Toplam	512	100.0

4.4. Gebelerin Kişi Başına Düşen Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Gebeler kişi başı gelir düzeyine göre açlık sınırı olan 238.5 TL altında olanlar, 238.5- 760.50 TL arasında olanlar, 760.50TL üzerinde olanlar olarak 3 grup olarak gruplandırılmıştır. Tablo 6’da gebelerin kişi başına düşen gelir düzeyine göre sayılar ve oranlar verilmiştir.

Tablo 6. Gebelerde kişi başına düşen gelir düzeyine göre dağılımı

Kişi başına düşen gelir	Sayı	%
238 TL Altında	112	21.9
239 TL- 761 TL arasında	315	62.0
762 TL üzerinde	85	16.1
Toplam	512	100.0

4.5. Gebelerin İlk Gebelik Yaşı Ortalamasına Göre Dağılımı

Tablo 7’de gebelerin ilk gebelik yaşına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 7. Gebelerin ilk gebelik yaşına göre dağılımı

Gebelik yaşı	Sayı	%
20 yaş ve altında	53	10.4
21-29 yaş arasında	447	87.3
30 yaş ve üzerinde	12	2.3
Toplam	512	100.0

4.6. Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 8’de gebelerin gebeliği isteme durumlarına göre dağılımı verilmiştir

Tablo 8. Gebelerin gebeliği isteme durumlarına göre dağılımı

Gebeliği İsteme Durumu	Sayı	%
İstemiyor	102	19.9
İstiyor	412	80.1
Toplam	512	100.0

4.7. Gebelerin Takibini Yaptırdığı Kuruma Göre Dağılımı

Tablo 9’da Gebelerin takibini yaptırdığı kuruma göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 9. Gebelerin takibini yaptırdığı kuruma göre dağılımı

Takip Edilen Kurum	Sayı	%
Hastane	67	13.1
Hastane ve Aile Hekimliği	445	86.9
Toplam	512	100.0

4.8. Gebelerin Takibini Yapan Kişilere Göre Dağılımı

Tablo 10’da gebelerin takibini yaptırdığı kuruma göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 10. Gebelerin takibini yapan kişilere göre dağılımı

Takibi Yapan Kişi	Sayı	%
Uzman Doktor	2	4.0
Uzman doktor, ebe	68	13.3
Uzman doktor, ebe, aile hekimi	442	86.3
Toplam	512	100.0

4.9. Gebelerin Preterm, Ölü doğum, İri bebek ve Uzamış Travay Durumlarına Göre Dağılımı

Gebelerde riskli doğum olarak adlandırılan preterm, ölü doğum, iri bebek, uzamış travay geçirip geçirmediği değerlendirilmiştir. Tablo 11’de gebelerin preterm, ölü doğum, iri bebek ve uzamış travay durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 11. Gebelerin preterm, ölü doğum, iri bebek ve uzamış travay durumlarına göre dağılımı (n=512)

Öykünün Olma Durumu	Preterm		Ölü doğum		İri bebek		Uzamış Travay	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	14	2.7	14	2.7	7	1.4	21	4.1
Yok	498	97.3	498	97.3	505	98.6	491	95.9
Toplam	512	100.0	512	100.0	512	100.0	512	100.0

4.10. Gebelerin Önceki Doğum Şekillerine göre dağılımı

Gebelerin bundan önceki doğum şeklinin normal doğum, sezaryen, ilk gebelik ya da düşük mü olup olmadığı 4 grup soru ile sorgulanmıştır. 2 ve üstü gebelerde bundan önceki doğumun normal doğum oranı mı sezaryen mi ya da düşük olup olmadığı değerlendirilmiştir. Tablo 12’de gebelerin önceki gebeliğin varlığı ve sonlanma şekillerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 12. Gebelerin önceki gebeliğin varlığı ve sonlanma şekillerine göre dağılımı

Doğum Şekli	Sayı	%
İlk Gebelik	198	38.7
Normal Doğum	144	28.1
Sezaryen	103	19.9
Düşük	67	13.3
Toplam	512	100.0

4.11. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerine Göre Dağılımı

Tablo 13’de gebelerin doğum şekli tercihlerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 13. Gebelerin doğum şekli tercihlerine göre dağılımı

Tercih Şekli	Sayı	%
Normal Doğum	349	68.8
Sezaryen	157	31.2
Toplam	512	100.0

4.12. Normal Doğum Tercih Eden Gebelerin Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı

Tablo 14’de normal doğumu tercih eden gebelerin tercih nedenlerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 14. Normal doğum tercih eden gebelerin tercih nedenlerine göre dağılımı

Tercih Nedeni	Sayı	Oran%
Normal doğumun daha sağlıklı olduğunu düşünme	228	67.3
Vücut hızlı toparlanır	95	28.1
Sezaryen ile ilgili kaygılar*	25	7.4
Diğer**	18	5.4

*Sezaryen ile ilgili kaygılar; sezaryen doğum en fazla üç defa yapılabilir diye düşünmek, sezaryenin ağrılı olduğunu düşünmek, sezaryenden korktuğu için tercih etmek, anestezi istemediği için ve sezaryende enfeksiyon riski olduğunu düşünmektir.

**Diğer nedenler; Bebeğini hemen görebilmek, eşin ya da doktorun sezaryen istemesi, kadın hastalıklarından korunmak, hızlı kilo vermek, hormonların normal doğumdan sonra düzeleceğine inandığı bebeğini hemen emzirebilmek ve anestezi almayı istememek ve estetik kaygıdır.

4.13. Sezaryeni Tercih Eden Gebelerde Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı

Sezaryeni tercih eden gebelerin tercih nedenlerine göre dağılımı Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Sezaryeni tercih eden gebelerde tercih nedenlerine göre dağılımı

Tercih Nedeni	Sayı	Oran%
Önceki doğumu sezaryen	65	39.4
Annenin sağlıklı durumu ve riskli gebelik- zor doğum öyküsü	23	13.9
Tüp bebek bir şey olmasından korktuğu için	6	3.6
Normal doğumdan korktuğu için	48	29.1
Tüpligasyon	17	10.3
Diğer**	35	3.6
Toplam	165	100

**Diğer nedenler; bebeğin sağlığı için yararlı olduğunu düşünmek, doktorun önermesi, eşin istemesi ve çoğul gebeliktir.

4.14. Gebelerin Doğum Hakkında Bilgi Alma Durumu Göre Dağılımı

Tablo 16’da gebelerin doğum hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 16. Gebelerin doğum hakkında eğitim aldığı konuların dağılımı

Doğum Hakkında Eğitim Aldığı Konular	Sayı	%
Normal doğum ve sezaryen	38	7.5
Yalnızca normal doğum	25	4.9
Yalnızca sezaryen	4	0.7
Almadı	445	86.9
Toplam	512	100.0

4.15. Gebelerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 17’de gebelerin egzersiz yapma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 17. Gebelerin egzersiz yapma durumlarına göre dağılımı

Egzersiz	Sayı	%
Yapmıyor	423	82.6
Yapıyor	89	17.4
Toplam	512	100.0

4.16. Gebelerin Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 18’de gebelerin kronik rahatsızlık durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 18. Gebelerin kronik rahatsızlık durumuna göre dağılımı

Kronik rahatsızlık	Sayı	%
Var	18	3.5
Yok	494	96.5
Toplam	512	100.0

4.17. Gebelerin Düşük Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 19’da gebelerin düşük yapma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 19. Gebelerin düşük yapma durumlarına göre dağılımı

Düşük yapma durumu	Sayı	%
Düşük öyküsü Var	387	75.6
Düşük öyküsü Yok	125	24.4
Toplam	512	100.0

4.18. Gebelerin Önceki Doğumlarda Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 20’de gebelerin önceki doğumlarında sorun yaşama durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 20. Gebelerin önceki doğumlarında sorun yaşama durumuna göre dağılımı

Önceki doğumlarda	Sayı	%
Sorun yaşama öyküsü Var	24	9.8
Sorun yaşama öyküsü Yok	221	90.2
Toplam	245	100.0

4.19. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinde Doktor Kararı Dağılımı

Tablo 21’de gebelerin doğum şekli tercihlerinde doktor kararı dağılımı verilmiştir.

Tablo 21. Gebelerin doğum şekli tercihlerinde doktor kararı dağılımı

Doktor kararı	Sayı	%
Normal doğum	26	5.1
Sezaryen	114	22.3
Bilinmiyor	372	72.7
Toplam	512	100.0

4.20. Gebelerde Yaş Dağılımına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 22’de gebelerin yaş dağılımına göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 22. Gebelerin yaş dağılımına göre doğum tercihi yüzdeleri

Yaş grupları	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 ve altı	44	91,5	6	8.5	50	9.3
21- 30	215	70.4	92	29.6	307	60.4
31 ve üzeri	90	58.6	65	41.4	155	30.2
Toplam	349	68,8	163	31.2	512	100.0

$\chi^2=19.06$ p=0.0001

4.21. Gebelerin Çocuk Sayılarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 23’de gebelerin çocuk sayılarına göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 23. Gebelerin çocuk sayılarına göre doğum tercihi yüzdeleri

Çocuk	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	194	80.8	48	19.2	242	47.7
Var	155	58.7	115	41.3	270	40.0
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$\chi^2=31.48$ p=0.001

4.22. Gebelerin Egzersiz Sürelerine Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 24’ de gebelerin egzersiz sürelerine göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 24. Gebelerin egzersiz sürelerine göre doğum tercihi yüzdeleri

Egzersiz Süresi (Dakika)	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
25 ve altı	38	80.9	9	19.1	47	53.4
30-45	10	76.9	3	23.1	13	14.8
60 ve üzeri	18	64.3	10	35.7	28	31.8
Toplam	66	75.0	22	25.0	88	100.0

$\chi^2=2.59$ p=0.270

4.23. Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 25’de gebelerin gebeliği isteme durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 25. Gebelerin gebeliği isteme durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri

Gebeliği İsteme Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstiyor	293	72.4	115	27.6	408	79.9
İstemiyor	56	54.5	48	45.5	104	20.1
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=12.09 \quad p=0.001$$

4.24. Gebelerin Takibe Gelme Sayılarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 26’de gebelerin takibe gelme sayılarına göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 26. Gebelerin takibe gelme sayılarına göre doğum tercihi yüzdeleri

Gebelikteki Takip Sayısı	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4 ve Altında	111	64.9	60	35.1	171	33.4
5 ve Üzerinde	238	69.7	103	30.3	341	66.6
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=1.54 \quad p=0.520$$

4.25. Gebelerin Doğum Şekli Kararını Veren Kişiye Doğum Tercihi Yüzdeleri

Gebelerin doğum şekli kararını veren kişiye göre doğum tercihi yüzdeleri Tablo 27’de verilmiştir. Doğum tercihi ile doğum şeklinin karar veren kişi arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 27. Gebelerin doğum şekli kararını veren kişiye doğum tercihi yüzdeleri

Doğum Şekli Karar Veren Kişi	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendisi ve eşi	333	81.1	80	18.9	413	81.1
Doktor	16	15.8	83	84.2	99	18.9
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=153.21 \quad p=0.0001$$

4.26. Gebelerin Vücut Kitle Endekslerine Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Gebelerin vücut kitle endekslerine göre doğum tercihi yüzdeleri Tablo 28’ da verilmiştir.

Tablo 28. Gebelerin vücut kitle endekslerine göre doğum tercihi yüzdeleri

Vücut Kitle İndeksi	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	107	69.3	50	30.7	157	29.8
Hafif Obez	145	67.9	70	32.1	215	42.1
Obez	97	69.7	43	30.3	140	26.2
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2= 1.09 \quad p=0.899$$

4.27. Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 29’da gebelerin eğitim durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 29. Gebelerin eğitim durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri

Eğitim Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur- yazar değil	3	50.0	4	50.0	7	0.8
İlkokul	218	69.8	96	30.2	314	61.8
Lise	82	67.5	41	32.5	123	23.9
Üniversite	46	67.6	22	32.4	68	13.5
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=0.93 \quad p=0.818$$

4.28. Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Doğum Tercih Yüzdeleri

Gebelerin çalışma durumlarına göre doğum seklini tercih yüzdeleri Tablo 30’ da görülmektedir.

Tablo 30. Gebelerin çalışma durumuna göre doğum tercih yüzdeleri

Çalışma Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışıyor	306	68.9	140	31.1	446	87.7
Çalışmıyor	43	67.7	23	32.2	66	12.3
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=0.036 \quad p=0.850$$

4.29. Gebelerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Gebelerin sosyal güvence durumlarına göre doğum tercihleri tablo 31’ de verilmiştir.

Tablo 31. Gebelerin sosyal güvence durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri

Sosyal Güvence Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal güvencesi var	336	68.3	158	31.7	494	97.2
Sosyal güvencesi yok	13	85.7	5	14.3	18	2.8
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=1.922 \quad p=0.166$$

4.30. Gebelerin Eşinin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Gebelerin eşinin çalışma durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32. Gebelerin eşinin çalışma durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri

Eşinin Çalışma Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eşi çalışıyor	336	68.7	155	31.3	491	96.6
Eşi çalışmıyor	13	70.6	8	29.4	21	3.4
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=0.027 \quad p=0.870$$

4.31 Gebelerin Kronik Hastalık Varlığına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Gebelerin kronik hastalık varlığına göre doğum tercihi yüzdeleri Tablo 33’de verilmiştir.

Tablo 33. Gebelerin kronik rahatsızlık varlığına göre doğum tercihi yüzdeleri

Kronik Rahatsızlık Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kronik rahatsızlığı var	9	37.5	13	62.5	22	3.2
Kronik rahatsızlığı yok	340	69.8	150	30.2	490	96.8
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2= 7.535 \quad p=0.006$$

4.32. Gebelerin Takibini Yapan Kişilere Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Gebelerin takibini yapan kişilere doğum tercihi yüzdeleri tablo 34'de verilmiştir.

Tablo 34. Gebelerin takibini yapan kişilere göre doğum tercihi yüzdeleri

Gebelerin Takibini Yapan Kişiler	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzman Doktor	2	50.0	3	50.0	5	0.4
Ebe, aile hekimi, uzman doktor	300	69.1	136	30.9	436	86.1
Uzman doktor, ebe	47	67.6	24	32.4	71	13.5
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=0.384 \quad p=0.825$$

4.33. Gebelerin Takibini Yaptırdığı Kurumlara Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 35'de gebelerin takibini yaptırdığı kuruma göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 35. Gebelerin takibini yaptırdığı kurumlara göre doğum tercihi yüzdeleri

Takibini Yaptırdığı Kurum	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sadece hastane	46	67.2	25	32.8	71	13.3
Hastane, aile hekimliği	303	69.0	138	31.0	441	86.7
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=0.095 \quad p=0.758$$

4.34. Gebelerin Düşük Yapma Durumlarına Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 36'de gebelerin düşük yapma durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 36. Gebelerin düşük yapma durumlarına göre doğum tercihi yüzdeleri

Düşük Yapma Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük yapmış	267	69.7	118	30.3	385	75.5
Düşük yapmamış	82	65.9	45	34.1	127	24.5
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=0.653 \quad p=0.419$$

4.35. Gebelerin Preterm Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 37’de gebelerin preterm öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 37. Gebelerin preterm öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri

Preterm Öyküsü Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Preterm yok	339	69.1	154	30.9	493	97.2
Preterm var	10	57.1	9	42.9	19	2.8
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=0.909 \quad p=0.340$$

4.36. Gebelerin Ölü Doğum Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 38’de gebelerin ölü doğum öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 38. Gebelerin ölü doğum öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri

Ölü Doğum Öyküsü Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ölü doğum yok	343	69.7	150	30.3	493	97.2
Ölü doğum var	6	35.7	13	64.3	19	2.8
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=7.337 \quad p=0.007$$

4.37. Gebelerin İri Bebek Doğurma Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 39’da gebelerin iri bebek doğurma öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 39. Gebelerin iri bebek doğurma öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri

İri bebek Doğurma Öyküsü Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	347	69.6	153	30.4	500	98.6
Var	2	14.3	10	58.7	12	1.4
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$\chi^2=9.821$ p=0.002

4.38. Gebelerin Uzamış Travay Öyküsü Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 40’da gebelerin uzamış travay öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 40. Gebelerin uzamış travay öyküsü durumuna göre doğum tercihi yüzdeleri

Uzamış Travay Öyküsü Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzamış travay yok	342	70.4	146	29.6	487	96.0
Uzamış travay var	7	30.0	17	70.0	25	4.0
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$\chi^2=14.595$ p=0.0001

4.39. Gebelerin Önceki Doğum Şekillerine Göre Doğum Tercihi Yüzdeleri

Tablo 41’de gebelerin önceki doğum şekillerine göre doğum tercihi yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 41. Gebelerin önceki doğum şekillerine göre doğum tercihi yüzdeleri

Önceki Doğum Şekli	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal doğum	111	77.5	34	22.5	145	28.2
Sezaryen	30	28.4	75	71.6	105	20.3
İlk gebelik	161	82.9	35	17.1	196	38.4
Düşük	47	71.2	19	28.8	66	13.1
Toplam	349	68.8	163	31.2	512	100.0

$$\chi^2=100.439 \quad p=0.0001$$

4.40. Gebelerde Önceki Doğumdan Sonra Sorun Yaşama Durumuna Göre Doğum Tercihi Yüzdesi

Tablo 42’de gebelerde önceki doğumdan sonra sorun yaşama durumuna göre doğum tercihi yüzdesi verilmiştir.

Tablo 42. Gebelerde önceki doğumdan sonra sorun yaşama durumuna göre doğum tercihi yüzdesi

Sorun Yaşama Durumu	Annenin Doğum Tercihi					
	Normal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sorun yaşamış	7	30.4	16	69.6	23	9.5
Sorun yaşamamış	132	60.0	88	40.0	220	90.5
Toplam	139	57.2	104	42.8	243	100.0

$$\chi^2=7.435 \quad p=0.006$$

5. TARTIŞMA

Pek çok gebelik, sağlıklı bir anneden canlı bir bebeğin doğması ile sonuçlanır. Ancak bazıları için doğum olayı, mutlu bir olay olmaktan çıkıp acı ve kötü bir deneyim haline dönüşebilmektedir. Daha da ötesi gebelik ve doğum annenin, bebeğin veya her ikisinin ölümüyle sonuçlanabilir (9).

Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gebe polikliniğine başvuran gebelerin tercih ettikleri doğum şeklini ve nedenlerini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada gebelerin % 68.9'u normal doğumu tercih ederken, % 31.2'si sezaryeni tercih etmiştir. 1970'li yıllardan günümüze kadar sezaryen oranları tüm ülkelerde sürekli bir artış göstermektedir (14). Sezaryen oranlarındaki bu tırmanış mevcut operasyonun anne ve bebek sağlığı açısından artmış riske sahip olması ve vajinal doğum ile karşılaştırıldığında maliyet artışı getirmesi nedeniyle önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Ayrıca bu operasyon maternal mortalite ve morbidite ile perinatal morbidite de risk artışı oluşturmaktadır (42,43). Literatürde sezaryen oranlarındaki artışın sebepleri kadınlarda gebelik yaşının ilerlemesi, çoğul gebelik oranlarının artışı, elektronik fetal monitör kullanımının yaygınlaşması, sosyo-ekonomik faktörler, anne isteğine bağlı sezaryen operasyonlarının yapılması, hekimlere getirilen etik ve yasal sorumlulukların artışı ve geçirilmiş sezaryenli kadın sayısının artışı şeklinde sıralanmıştır. Bu operasyonlar vajinal doğumlarla karşılaştırıldığında çok yüksek maliyet de getirdiğinden özellikle ABD'de son zamanlarda sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik programlar uygulanmaya başlanmıştır (44).

Türkiye'de 2008 TNSA verilerine göre sezaryen oranı %42 iken dünya ortalaması %15'dir (19). Ülkeler arasında en yüksek sezaryen oranı Latin Amerika ve Karayipler (%17- 40) olurken, gelir düzeyi düşük olan Afrika' da (% 3.5) bu oran en düşük seviyededir (45). Amerika'da İkinci Dünya Savaşı sonrası sezaryen oranı % 3- 5 iken bu oran 1970'lerde %15 1990'larda % 22 oranına yükselmiştir. Günümüzde %29 oranına kadar çıkmıştır. Çin'de yapılan bir çalışmada ise sezaryen oranı 2001-2002'de %20.4 tespit edilmiştir (46). Chong ve ark. (47) çalışmasında ise sezaryen isteği Singapur'da sadece %3.7, İngiltere ve kuzey İrlanda da % 7, Brezilyada %36 ve yine Brezilya'da özel hastanelerde ki sezaryen oranı %80-90 gibi oldukça yüksek değerler bildirilmiştir (48-49). Senegal'de bir üniversite hastanesinde yapılan prospektif bir çalışmada sezaryen yapılan annelerin 2001'de %25.2 olduğu

görülmüştür ve operatif endikasyonlar arasında fetopelvik uyumsuzluk ve fetal distres ilk sıklarda yer almıştır (50). Tayvan'da 2000 yılında sezaryen %32.3 olarak bildirilmiştir (51). Ülkemizde ki sezaryen oranlarına bakıldığında; Batı Marmara bölgesi %62.3 ile en yüksek orana sahipken Kuzey Doğu Anadolu bölgesi %33.3 ile en düşük orana sahiptir. Burada doğu bölgeleri ile batı bölgeleri arasında ki büyük farkı görmekteyiz (6). Süleyman Demirel Üniversitesi'nde yapılan beş yıllık retrospektif bir çalışmada 1998- 2002 yılları arasında vajinal doğum yaptırma %46.3, sezaryen yaptırma %53.7 olarak bulunmuştur (52). Yumru ve ark. (53) yaptığı bir çalışmada ise Şişli Etfal Hastanesi'nde 1995–1999 yılları arasında sezaryen oranında belirgin bir artış gözlenirken, hastaların demografik özellikleri ve sezaryen endikasyonlarının dağılımında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Aynı çalışmada 1999'da sezaryen yaptırma düzeyi %20.9 olarak bulunmuştur. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1995–1999 yılları arasında yapılan çalışmada ise bu oran %29.7 olarak bulunmuştur (54). Coşkun ve ark. (55) yaptığı çalışmada ise Kahramanmaraş il merkezinde, sezaryen yaptırma düzeyi 2006 yılında %40,2 olarak bulunmuştur ve sezaryen endikasyonu olarak ilk sırayı geçirilmiş sezaryen almıştır. Bektaş'ın (10) yaptığı bir çalışmada da sezaryen yaptırma düzeyi Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 2008 yılında sezaryen oranı %16 olarak bulunmuştur. Gül'ün (9) yaptığı başka bir çalışmada ise İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2008 yılında sezaryen yaptırma düzeyi % 43 olarak bulunmuştur. Bu oranlardan anlaşıldığına göre Dünya'nın her yerinde olan bu sezaryen oranı farklılıkları ülkenin gelişmişlik düzeyine (ırk, etnik köken, kültür farkları) , ülkede var olan sağlık sisteminin varlığı ve uygulanmasındaki eksikliklere göre değişim göstermektedir. DSÖ Haziran 2010 tarihinde sezaryen doğum ile ilgili önermiş oldukları %15 ideal oranını geri çekmiştir. Belirlenen %15 oranının çok üzerine çıkılması da çok altına inilmesi de anne ve bebek morbiditesi açısından sakıncalı olarak belirlenmiştir. Bunun gelişen teknolojiyle birlikte annenin doğum öncesi konuyla ilgili çok fazla bilgi edindiği ve buna bağlı stresten kaynaklanabileceği iddia edilmiştir. Bunun yanında ırk, etnik köken, kültür farkları, ülkelerin sağlık politikaları ve çalışmanın yapıldığı zaman dilimi bu farklılığın sebepleri olabilir (10).

Bu çalışmada ki olgular yaş gruplarına göre doğum tercihi açısından incelendiğinde; 20 yaş ve altı gebelerin % 8.5'i, 21-30 yaş arası gebelerin % 29.6'sı

sezaryeni tercih ederken 30 yaş ve üzeri gebelerin % 41.4'ü sezaryeni tercih etmişlerdir. Özkaya'nın 1998 ve 2002 tarihleri arasında yaptığı çalışmada normal spontan vajinal doğum yapan vakalarında yaş ortalaması $27,1\pm 5,3$ iken, sezaryen vakalarında yaş ortalaması $28,1\pm 5,6$ olarak bulunmuştur (52). Ateşer ve ark. (57) normal spontan vajinal doğum yapan hastaların yaş ortalamaları $28,8\pm 5,99$ olarak bildirmiştir. Ocakoğlu ve ark. (58) 2005 ve 2006 yıllarında Isparta Süleyman Demirel Üniversitesinde toplam 808 gebede yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $27,8\pm 4,9$ 'dur. Mayda ve ark. (59) çalışmasında gebelerin yaş ortalaması $27,3\pm 6,1$ bulunmuştur. Yılmaz ve ark. (60) Ağrı il merkezinde 2004–2007 yılında yaptıkları çalışmada normal spontan vajinal doğum ve sezaryen olan toplam 9025 hastanın yaş ortalaması $22,26\pm 4,6$ olarak bildirilmiştir. Yılmaz ve ark. (61) 2002–2007 yıllarında Erzurum'da yaptıkları çalışmada sezaryenle doğum yapanların yaş ortalamalarını 29.5 olarak tespit etmişlerdir. Bu çalışmalar sezaryen yaş ortalamasının benzer olduğunu göstermektedir. Gözükara ve ark. (62) yaptıkları bir çalışmada ülkemizin batısında örgün öğretimin uzun sürmesinin ve evlilik yaşının gecikmesinin, doğumları ileri yaşa ittiği ve 35 yaş üzeri doğumlarda %4 oranında artış olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada da sezaryen yaşı vajinal doğuma göre daha ileri bulunmuştur.

Bu çalışmalarda annelerin yaşayan çocuklarının olup olmasının annenin doğum tercihi üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu durum annenin her çocuk için ayrı ayrı karar verdiğini göstermektedir.

Bu çalışmada istemeden gebe kalanların isteyerek gebe kalanlara göre sezaryeni anlamlı düzeyde fazla tercih ettikleri görülmüştür. Gözükara ve ark. (62) 2008'de bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptıkları bir araştırmada ise sezaryeni tercih eden gebelerin neredeyse tamamının planlayarak gebe kaldıklarını tespit etmişlerdir. İki çalışma arasındaki bu farklılık bölgesel farklılıklara bağlı olabileceği gibi bu çalışmada hamileliklerini planlayan annelerin daha fazla normal tercih ettiklerini gösterebilir.

Bu çalışmada doğum şekline karar veren anlamlı düzeyde yüksek oranda doktorlardır. Vatansever ve Okumuş'un (63) çalışmasında gebelerin % 81.3' ünün doğum şekline karar vermede söz sahibi olmayı istediklerini ve % 18.7 gibi düşük bir oranda ise doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmayı istemediklerini rapor etmişlerdir. Aynı çalışmada doğum şekline karar vermede gebelerin % 38.7'si

hekimin, %25'inin hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kararı kendisi ile birlikte eşinin ve %20.2'sinin kendisi ile birlikte sağlık personelinin etkili olmasını düşündükleri belirlenmiştir (64). Gebelerin doğum eylemindeki belirsizlik nedeni ile büyük endişe yaşadıkları bilinir. Hekimin rolü normal dışı bir durum olduğunda önemlidir ve hekim koşullara göre, doğum şeklini belirlemede karar verici olmalıdır. Yapılan bazı çalışmalarda kadın doğum uzmanlarının zor bir vajinal doğuma göre sezaryenle doğumda anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağına inanmalarının sezaryenin tercih edilmesinde rolü olduğunu vurgulamaktadır (22-65).

Bu çalışmada Olguların takibe gelme sayılarına göre doğum tercihlerine bakıldığında takip sayısının doğum tercihi üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada; gebelerin eğitim düzeyi ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu konuyla ilgili literatür tarandığında bu çalışmayla uyumlu olarak eğitim durumunun sezaryen tercihinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Gözükara ve ark. (62) çalışmasında ise okula gitmemiş olanların hiç biri sezaryeni tercih etmezken, ilkokul mezunu ve lise mezunlarında anlamlı düzeyde yüksek sezaryen yaptırma vardır. Üniversite mezunu olanların % 13.3 gibi düşük sezaryen tercihi vardır. Karabulutlu'nun (1) 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi'nde yaptığı çalışmada ise okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu gebelerin %38.7'si, lise mezunu olanların %49.1'i, üniversite mezunu olanların %12.3'ü sezaryeni tercih etmişlerdir.

Olguların çalışma durumlarına göre doğum tercihleri incelendiğinde gelir getiren herhangi bir işte çalışan ile çalışmayan gebeler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum göstermektedir ki annenin gelir getirmesi ya da getirmemesi sezaryen tercihinde etkili değildir.

Bu çalışmada gebelerin sosyal güvencesi ve eşlerinin çalışma durumu ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu da göstermektedir ki sezaryen yaptırmak isteyen koşullarını zorlayarak bunu bir şekilde gerçekleştirmişlerdir.

Bu çalışmada kronik rahatsızlığı olan gebeler anlamlı düzeyde daha fazla sezaryeni tercih etmişlerdir. Bunun olası sebebi hem kendi sağlığı hem de bebeğinin sağlığına yönelik gelişebilecek riskleri azaltmak olabilir. Olguların düşük yapma durumlarına göre doğum tercihleri ve preterm öyküsü olan gebelerin doğum

tercihleri incelendiğinde anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Bu çalışmayla benzer biçimde Karabulutlu'nun (1) 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi'nde yaptığı bir araştırmada da düşük öyküsü olan gebelerin %17.9'u sezaryeni tercih ederken düşük öyküsü olmayan gebelerin %82.1'i sezaryeni tercih etmiştir.

Bu çalışmada ölü doğum öyküsü olan gebelerin % 64.3'ü sezaryeni tercih ederken ölü doğum öyküsü olmayan gebelerin % 30.3'ü sezaryeni tercih etmiştir. Aynı şekilde olguların iri bebek doğurma hikayesi olanların % 58.7'si sezaryeni tercih ederken iri bebek doğurma öyküsü olmayan gebelerin % 30.4'ü sezaryeni tercih etmiştir. Bu çalışmada önceki gebeliğinde sorun yaşayan gebelerin % 69.6'sı, önceki gebeliğinde herhangi bir sorun yaşamayan gebenin % 40'ı sezaryeni tercih etmiştir. Olguların uzamış travay öykülerine göre doğum tercihlerine de baktığımızda uzamış travay öyküsü bulunan gebelerin % 70'i sezaryeni tercih etmiştir. Önceki gebeliğinde sıkıntı yaşayan gebelerin doğum tercihleri arasında anlamlı farka rastlanmıştır. Görüldüğü gibi önceki doğumunda sıkıntı yaşayan gebeler aynı şeyleri tekrar yaşama korkusu olabileceğinden sezaryeni tercih ettiklerini düşünülebilir.

Bu çalışmada önceki doğum şekillerine göre doğum tercihinin bakıldığında normal doğum yapan gebelerin %22.5'i, daha önce sezaryen yaptıran gebelerin %71.6'sı tercih etmiştir. Karabulutlu'nun (1) 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi'nde yaptığı araştırmada ise önceki doğumu normal doğum olan gebelerin %62.3'ü, önceki doğumu sezaryen olan gebelerin %37.7'si sezaryeni tercih etmiştir. Son zamanlarda yapılan klinik uygulamalar, eski sezaryenlerin %60-80'inin vajinal doğum yapabileceğini ortaya koymuştur (65). Ancak bu çalışmada görüldüğü üzere bu durum henüz yaygınlaşmamıştır.

Normal doğumu tercih eden gebelerin tercih sebeplerini incelediğinde; gebelerin üçte ikisinin normal doğumun sağlıklı olduğunu düşünmesi, yaklaşık üçte birinin vücudunun daha hızlı toparlanma isteği, %7.4'ü sezaryenle ilgili kaygıların etkili olduğu ve %5.4'ünde ise bebeğini hemen görebilmek, eşi veya doktorun istemesi, kadın hastalıklarından korunmak, hızlı kilo vermek, hormonların normal doğumdan sonra düzeleceğine inanmak, bebeğini hemen emzirebilmek, anestezi istememek, estetik kaygılar gibi diğer nedenlerden dolayı normal doğumu tercih etmişlerdir. Chong ve ark. (47) benzer çalışmasında da normal doğum tercih

nedenlerinin; %24'u doğal ve fizyolojik yol olduğu için, %22'si daha çabuk iyileşmek için, %7.3'ü daha ucuz olduğu bulunmuştur. Hopkins'in çalışmasında kadınların çoğunun normal doğumu tercih ettiği ve normal doğumu sezaryen doğuma oranla daha üstün buldukları bildirilmiştir (66).

Bu çalışmada sezaryen endikasyonlarına baktığımızda literatürle uyumlu olarak %39.4 oranı ile eski veya mükerrer sezaryen birinci sırada gelmektedir. Bu oran, Şişli Etfal Hastanesi'nde bu oran %26.8 bulunmuştur (53). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen endikasyonlarına bakıldığında eski veya mükerrer sezaryen oranı %49.2 olarak tespit edilmiştir (67). Sezaryen ile ilgili diğer tercih nedenlerini ise %29.1'i normal doğumdan korkma, %13.9'u annenin sağlık durumu nedeniyle ve riskli gebelik- zor doğum öyküsü olması, %10.3'ü tüpligasyon düşünme, %3.6'sı tüp bebek isteme, kalan %3.6'sı ise bebeğin sağlığı düşünme, doktor önerisi, eşinin istemesi, çoğul gebeliğinin olması gibi diğer nedenlerden dolayı sezaryeni tercih etmiştir. Sayın ve ark. (68) çalışmasında sezaryen tercih etme nedenlerinin başında kadınların doğum ağrısını çekmekten ve bebeğe travma olmasından korkmaları, sosyal nedenler ve hekim önerisi gelmektedir. Tozlu'nun çalışmasında da benzer şekilde kadınlar sezaryen tercih nedeni olarak en fazla ağrıdan korkmayı ifade etmişlerdir (69).

Kadının sezaryen doğumu kendi isteğiyle tercih etmesi üzerinde durulması gereken bir konudur. Çünkü Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması, bu ülkelerde kadının prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almasının sonucudur (70). Kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştırmak üzere yapılan başka bir çalışmada, anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru ne ise onun yapılmasını istediklerini ortaya koymuştur. İtalya'da yapılan bir araştırmada ebelerin %65'i sezaryen oranlarını yüksek bulurken, hekimlerin sadece %34'ü oranların yüksek olduğunu düşünmektedir (71). Sezaryenle doğumların %4-18'inin kadının isteği nedeniyle yapılan primer elektif sezaryenler olduğu ve kadınların sezaryeni çoğunlukla tokofobi (gebe kalmaktan ya da doğum yapmaktan korkma) nedeniyle tercih ettiği belirtilmektedir (72). Aynı zamanda gebelerin eyleme aktif katılımını sağlayarak eylemle baş etmesini kolaylaştıracak ve kendine güvenini

sağlayacak olan uygun yöntemlerin öğretilmemesinin de ağrıdan korkma nedeniyle sezaryen doğum tercih etmede etkili faktörler olabileceği düşünülmektedir (1).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan gebelerin üçte ikisi normal doğumu tercih ederken üçte biri sezaryeni tercih etmiştir.
- Gebelerin %86.9'u normal doğum veya sezaryen hakkında sağlık personeli tarafından herhangi bir bilgi almadığını belirtmiştir.
- Sezaryenle doğum yapacağını belirten gebelerin tercihinin anlamlı düzeyde yüksek oranda kendilerinden ziyade (%18.9) doktor tarafından (%84.2)'si verildiğini belirtmiştir.
- Gebelerin üçte ikisinden fazlasının normal doğumu tercih etme nedeni normal doğumun daha sağlıklı olduğunu düşünmekken, sezaryeni tercih etme nedenlerinin çoğunluğu önceki doğumun sezaryenin olması (%39.4) ve normal doğum korkusu (%29.1) olarak bulunmuştur.
- Gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, eşinin çalışma durumu, annenin düşük yapma öyküsü, preterm öyküsü, gebeliğin takibini yapanın kim olduğu ya da kurumunun ne olduğunun sezaryen ya da normal doğum tercihinde anlamlı düzeyde farklılık oluşturmadığı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Gebelerin sezaryen kararının büyük oranının doktor kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle doktorların sezaryeni tercih etme nedenlerinin tıbbi açıdan gerekliliğinin belirlenmesi yararlı olacaktır.
- Gebelerin normal doğumla ilgili korku ve endişelerini azaltmaya yönelik bilgilendirme çalışmalarının yapılmasının gerekliliği açıktır.
- Doğum şeklinin seçiminde kadınların düşüncelerinin katkıda bulunacağına inanılmakla birlikte tutum ve inançlarının da dikkate alınarak antenatal bakım verilmesi ve normal doğum konusunda cesaretlendirilmeleri de oldukça önemlidir.
- Normal doğum oranının artırılması hem kadın sağlığı, hem de ulusal maddi kaynakların korunması açısından önemlidir. Bu anlamda toplumun bilinçlendirilerek, sağlık personelinin eğitilmesi ilk adım olup yapılan bilinçlendirme ve eğitim çalışmalarının uzun soluklu olması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Karabulut Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 20(3):210-218, 2012.
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Cesarean section and postpartum hysterectomy. Ed: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. pp. 537-63, Williams Obstetrics, New York, USA, 2001.
3. Özgüven FT. Sezaryen In: Özgüven FT, Evrücke C (eds). Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji. Medical Network, Ankara, s.1322-1330, 2001.
4. Önderoğlu L, Karamürsel, BS, Taşkiran, C. Obstetrikal operasyonlar: Sezaryen. Güner, H. Jinekolojik ve obstetrikal cerrahi. Güneş Kitabevi, Ankara, 1549-1580, 2005.
5. Jinekoloji ve Gebelik. Türkiye ve dünyada sezaryen oranları. Erişim Adresi: <http://www.jinekolojivegebelik.com/2012/02/turkiye-ve-dunyada-sezaryen-oranlari.html>. Erişim Tarihi:12/3/2013.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlık/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Verileri, 2009.
7. Richard P, James A. The Cesarean Birth Epidemic: Trends causes and solution. Am J Obstet Gynecol 175:369-374, 1996.
8. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, Daltveit AK. Cesarean section delivery in the 1980: international comparison by indication. Am J Obstet Gynecol 170(2):495-504, 1994.
9. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
10. Bektaş E. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve sezaryen tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr.

Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

11. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri, Doğum ve komplikasyonları. Erişim Adresi: <http://mtegm.meb.gov.tr/program/dokuman/modul/AC%DDL%20SA%DOLIK%20H%DDZMETLER%DD/TIBB%DD%20AC%DDLER/Do%F0um%20ve%20komplikasyonlar%FD.pdf>. Erişim Tarihi: 21/04/2013.
12. Çiçek MN , Akyürek C, Çetin Ç, Haberal A. Normal Doğum: Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. 2. Baskı, s.217- 237, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006.
13. Lilford RJ, Van Coeverden de groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risk of cesarean section (intrapartum end elektive) and vaginal delivery: A detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acutepreexisting physiological disturbances. Br J Obstet Gynaecol 97(10):883-92, 1990.
14. Dillen VJ, Meguid T, Petrova V, Roosmalen VJ. Caesarean section in a semi-rural hospital in Northern Namibia. BMC Pregnancy and Childbirth 7:1-6, 2007.
15. Kronig B. Transperitonealer cervikaler Kaiserschnitt. Ed: Doderlein A, Kronig B. Operatif gynecologie. pp. 870-886, Georg Thieme, Leipzig, Germany, 1912.
16. Kerr JMM. The technic of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. Am J Obstet Gynecol 12(5):729-734, 1926.
17. Dölen İ, Gökçü M. Sezaryen ve etik. Kadın Doğum Dergisi 1(1):12-15, 2002.
18. Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim Hastanesi'nde sezaryen oranları. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi 2(1):21-26, 2010.
19. World Health Statistics. Erişim Adresi: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10. Erişim Tarihi: 29/12/2011.
20. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_On_Rapor-tr.pdf. Erişim Tarihi: 23/02/2013.
21. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html>. Erişim Tarihi: 29/12/2011.

22. Park CS, Yeoum SG, Choi ES. Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences* 20(5):3-8, 2005.
23. Konakçı S, Kılıç B. Sezaryen ile doğumlar artıyor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 8(11):286-88, 2002.
24. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing cesarean section rate in South Brazil: A comparison of two birth cohorts 1978-1979 and 1994. *International Journal of Epidemiology* 28:687-694, 1999.
25. İğde FA. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 13 (4): 1379, 2004.
26. Konakçı S, Kılıç B. İzmir’de sezaryen sıklığı ve buna etki eden faktörler. *T. Klin Jinekoloj Obst* 14(2):88-95, 2004.
27. Oweis A, Abushaikha L. Jordanian pregnant women’s expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice* 10:264-271, 2004.
28. Ryding EL. Investigation of 33 woman who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica* 72(4):280-5, 1993.
29. Thampson J, Roberts L, Currie M, Ellwood D. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 29(2):159-62, 2002.
30. Osis MJD, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faundes A. The opinion of brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 75(1):59-66, 2001.
31. De Cherney AH, Nathan L. Cesarean section In: current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. 9th edition. pp. 518-529, Appleton & Lange, USA, 2003.
32. Shearer EL. Cesarean Section: Medical Benefits and Costs. *Soc Sci Med* 37(10): 1223-1231, 1993.
33. Ziadek SM, Sunna EI. Decreased cesarean birth rates and improved perinatal outcome: a seven-year study. *Birth* 22:144-147, 1995.

34. Rosen M, Dickinson J. Vaginal birth after cesarean section: meta-analysis for indicators of success. *Obstetrics and Gynecology* 76(5):865-9, 1990.
35. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol* 90(60):907-10, 1997.
36. Turner MJ. Delivery after one previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 176(4):741-4, 1997.
37. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 335(10):689-95, 1996.
38. K m rc  N, Gen alp N. Ge miŐten g n m ze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 5(1):78-82, 2002.
39. Aslam MF, Gilmour KR, Fawdry DS. Who wants a caesarean section? A Study of Woman's Personal experience of vaginal and caesarean delivery. *J Obstet Gynaecol* 23(4): 364-6, 2003.
40. Ouimette J. Perinatal nursing care of high-risk mother and infant. 3rd edition. pp.3-17, Jones and Barlett Publishers, Boston, USA, 1986.
41. TaŐkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı HemŐireliĐi. 6. Cilt, 8. Basım, s.7-14, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007.
42. Güney E, Uzun E, Oral B, Sarıkan  , Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 3:249-254, 2006.
43. Gregory KD, Curtin SC, Taffel SM, Notzon FC. Changes in indications for cesarean delivery: United States, 1985 and 1994. *Am. J. Public Health* 88(9):1384-1387, 1998.
44.  ağlayan Kıyak E, Kara M, G rel Cihan Y. Kliniğimizde  c yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 27(2):50-53, 2010.
45. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in latin america. *Br Med J* 319(7222):1397-400, 1999.

46. Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown J, Stones RW. Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bulletin of the World Health Organization* 85(10):733-820, 2007.
47. Chong ESY, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet* 80(2):189-94, 2003.
48. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet* 82(3):399-409, 2003.
49. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion: Surgery and patient choice; the ethics of desing making *Obstet Gynecol. ACOG Practice Bulletin* 102:1101-6, 2003.
50. Cisse CT, Ngom PM, Guissé A, Faye EO, Moreau JC. Thinking about the evolution of caeserean section rate at University Teaching Hospital of Dakar between 1992 and 2001. *Gynecol Obstet Fertil* 32(3): 210-21, 2004.
51. Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in cesarean delivery rates: policy and research implications. *Obstet Gynecol* 103(1):128-136, 2004.
52. Özkaya O. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 12(4):36-39, 2005.
53. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M. 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. *Perinatoloji Dergisi* 8 (3-4):94-98, 2000.
54. Bayhan G, Yalınkaya A, Yayla M, Mungan T, Sarıkan İ, Uzun E. Kliniğimizde 1995-1999 yılları arasında yapılan sezaryenlerin ve sezaryen esnasında yapılan diğer operasyonların değerlendirilmesi. *Klinik Bilimler ve Doktor* 6(2):249-251, 2000.
55. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 4(3):168-172, 2007.
56. Sezaryen. Erişim Adresi: <http://tr.wikipedia.org/wiki/Sezaryen>. Erişim Tarihi: 12/06/2012.

57. Ateşer G, Özyurt R, Nurullah N, Calay Ö, Akbayir Ö, Ark C, Özen S, Arıkan I. Paritenin artışı gebelikle ilgili riski artırır mı? İstanbul Tıp Dergisi 5(3):23–27, 2007.
58. 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 7(6):491–496, 2008.
59. Mayda AS, Acehan T, Altın S, Arıcan M, Uzunoğlu MY. Bir Üniversite Hastanesi'nde yaptırılan doğumların incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 5(6):408-415, 2006.
60. Yılmaz E, Kara M, Okumuş B, Aran E. Ağrı İl Merkezinde 2004 ve 2007 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. Perinatoloji Dergisi 16(1):26-30, 2008.
61. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002–2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 22(2):104-110, 2009.
62. Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 17(6):32-46, 2008.
63. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 6:82-87, 2013.
64. Park CS, Yeoum SG, Choi ES. Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. Nurs Health Sci 7(1):3-8, 2005.
65. Ertem G, Koçer A. Sezaryen sonrası vajinal doğum. Dirim Tıp Dergisi 82:1-5, 2008.
66. Hopkins K. Are Brazilian woman really choosing to deliver by cesarean? Soc Sci Med 51(5):725-740, 2000.
67. Kara FŞ. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde iki yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi. T.C. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.

68. Sayın C, Berberođlu U, Varol F. Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi. Túrkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 18:82-88, 2004.
69. Tozlu A. Gebe kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım gereksinimlerinin incelenmesi. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı s.204. Ankara, 20-23 Nisan 2003.
70. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 1(2):54-59, 2008.
71. Donati S, Grandolfer ME, Adreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? Birth 30(2):89-93, 2003.
72. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: An evidence-based review. Obstet Gynecol Surv 59(8):601-16, 2004.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 22/04/2014
TOPLANTI NO : 2014/08

KARARLAR :

- 1- 23/06/2009 tarih ve 2009/10 sayılı Etik Kurul Toplantısında B.E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER tarafından yürütülmesi uygun bulunan "Zonguldak'ta Anne Eğitimi ve Doğum Risklerinin Azaltılmasına Yönelik Müdahalelerin Etkinliğinin Belirlenmesi" konulu çalışma başlığının "Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Bilgi Tutum ve Deneyimlerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi" olarak değiştirilmesi talebinin Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnür ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 2. Kurul izni



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

24 HAZİRAN 2009

SAYI : B 104 İSM 4670005/
KONU: Bilimsel Çalışma

0000011807

KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
ZONGULDAK

İLGİ:08.06.2009 tarih ve 5033 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Valilik Makamının Bilimsel Çalışma izni ile ilgili 19.Haziran 2009 tarih ve 11507 sayılı Olur örneği ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Cemalettin ÖZDEMİR
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek: 1 Onay örneği



İlk altı ay sadece anne sütü!

Bilgi için: AÇS/AP Şube Müdürlüğü Tel: 0372 253 46 07-148-173- Fax: 0372 253 06 67

Ek 3. Anket formu

ZONGULDAK' TA KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ' NE BAŞVURAN GEBELERİN BİLGİ, TUTUM VE DENEYİMLERİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİNE ETKİSİ

1.Yaşınız:.....2.Boy uzunluğunuz:cm 3.Vücut ağırlığınız:kg

4.BKI:

5.Eğitim düzeyi: 1.Okur yazar değil 2..ilkokul 3.Lise 4.Üniversite

5.Lisansüstü

6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?: 1.Evet 0.Hayır

7. Sosyal güvenceniz var mı?: 1.Var 0.Yok

8.Eşiniz çalışıyor mu?: 1.Evet 0.Hayır

9.Aylık geliriniz TL/Evdeki kişi sayısı....

10.Kaçıncı gebeliğiniz?..... 11. İlk gebelik yaşıınız.....

12. Evlenme yaşıınız..... 13. Yaşayan çocuk sayısı.....

14. Kronik bir rahatsızlığı var mı?:1.Evet (.....hastasıyım) 2. Hayır

15. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?: 1.Evet haftada...kez.....Dakika

0.Hayır

16. Gebeliği isteme durumu;

1.Eşi ve kendisi istemiş2.Kendisi istemiş eşi istememiş istememiş

3.Eşi istemiş kendisi 4.Eşi ve kendisi istememiş

17.Gebeliğinizi takip eden kurum?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.Hastane 2.Aile hekimliği

3.Her ikisi4.Hiçbiri

18.Gebeliğinizi takip eden kişi?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.Ebe 2.Aile hekimi3.Uzman doktor

4.Diğer sağlık personeli 5.Hiçbiri

19.Gebelikte kaç toplam kaç defa takibe geldiniz?.....

20. Düşük veya anomalili bebek sayısı.....

21. Preterm doğum var mı?: 0.Var 1. Yok

22. Miadında ölü doğum var mı?: 0.Var 1. Yok

23. İri bebek doğurma öyküsü var mı?: 0.Var 1. Yok

24. Uzamış travay öyküsü var mı?: 0.Var 1. Yok

25. Bundan önceki doğum şekliniz neydi?; 1.Normal doğum 2.Sezaryen doğum
3.Bu ilk gebeliğim

26.Bundan önceki doğumunuzda sorun yaşadınız mı?:

1.Evet (.....) 2. Hayır

27. Bebeğinizi nasıl doğurmayı planlıyorsunuz?

1.Normal doğum 2.Sezaryen

28.Doğum şekli kararını kim verdi?.....

29.Sağlık personelinde doğum hakkında bilgi aldınız mı?: 1.Evet 0.Hayır

30. Bilgi aldığınız konular nelerdir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1.Normal doğum 2.Sezaryen doğum

31. Normal doğumu seçtiyseniz seçme nedeniniz nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):.....

32. Sezaryeni seçme nedeniniz nedir?):.....

9. ÖZGEÇMİŞ

Medine GÜZEL, 1987 yılında Giresun'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini aynı şehirde tamamladı. 2005 yılında Ankara Üniversitesi Muş Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümünü kazandı. 2009 yılında mezun oldu. 2010 yılında Zonguldak Kozlu Fatih Sitesi Sağlık Ocağına atandı. 2011 yılında aile hekimliğinden istifa ederek Zonguldak Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine geçiş yaptı. 2012 yılında alt bölge tayini ile Hopa Devlet Hastanesi'nde çalışmaya başladı ve halen çalışmaya devam etmektedir ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimini sürdürmektedir.