



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN SEZARYEN DOĞUM TERCİHİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

SİNEM ÇOBAN KOCA

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

SİVAS - 2015

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN SEZARYEN DOĞUM TERCİHİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

SİNEM ÇOBAN KOCA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. FERİT KOÇOĞLU**

**SİVAS
2015**

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Üye

Üye

Üye

Üye (Danışman)

ONAY

Bu tez çalışması, 03/12/2015 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

PROF. DR. ALİ ÇELİKSÖZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜRLER

Eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, tez çalışma sürecinde bana önder olan değerli tez danışmanı hocam sayın Prof. Dr. Ferit Koçoğlu'na, verilerin yorumlanmasındaki katkılarından dolayı sayın Prof. Dr. Naim Nur'a, tez çalışmam boyunca bana sabır ve yardımla destek olan Sivas Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesindeki çalışma arkadaşlarıma, özellikle yardımlarını hiç esirgemeyen, bilgisiy-le destek olan arkadaşım sayın Hem. Neslihan Koçer Bolat ve sayın Dyt. Cansu Pekcan 'a,

Bu günlere gelmemde hiç şüphesiz en büyük payı olan kıymetli anneme, babama ve çok sevdiğim kardeşlerime,

Her daim yanımda olan, bilgisiy-le ve tecrübeleriyle çalışmamı destekleyen eşim Halil İbrahim Koca 'ya sabır, destek ve güvenleri için teşekkür ederim.

ÖZET

KADINLARIN SEZARYEN DOĞUM TERCİHİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sinem ÇOBAN KOCA

Yüksek lisans Tezi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Ferit KOÇOĞLU

2015, 62sayfa

Bu çalışma, gebe kadınların sezaryenle doğumu tercih etme nedenleri ve bu kararı almalarında etkili olan faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışma, 15 Şubat – 15 Mart 2015 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine gebelik kontrolleri için başvuran gebeler üzerinde gerçekleştirilen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma grubugebelik aylarına göre 30 ar gebe olmak üzere toplam 270 gebe kadından oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket form, gebelerin bazı sosyodemografik özellikleri, bazı obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile doğum tercihlerini içeren bilgilerden oluşmaktadır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiş ve araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırma için etik kurul onayı ile kurumdan resmi izin ve kadınlardan yazılı onam alınmıştır. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 16 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Analizde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alınmıştır.

Çalışmada, kadınların çoğunluğunun planlı bir şekilde, tedavi görmeden gebe kaldığı, gebeliği süresince sağlık kontrollerine gittiği, takiplerinin hekim tarafından yapıldığı ve gebelerin %68,1'inin vajinal doğum yapmayı planladığı, %25,2'sinin sezaryenle doğum yapmayı planladığı ve %6,6'sinin ise kararlı olduğu belirlenmiştir.

Kadınların planlanan doğum şekli ile ilgili olarak, vajinal doğumu tercih etme sebepleri arasında en fazla, doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme (%49,4), daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme (%38,1) yer almıştır. Sezaryenle doğum yapmak isteyen gebelerin %19,1'i kendi tercihi olduğunu ve tercih etme nedenleri arasında en

fazla, doğum ağrısından korkma (%53,8) ve tedavi ile hamile kalmış olma (%23,1) belirtilmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde 30 yaş uřtũ gebelerin, çalışan gebelerin, daha önce dũřuk yapan ve hamilelikleri planlı olmayan gebelerin sezaryenle doğumu daha fazla tercih ettiği ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık çalışanlarının, gebeliği sũresince kadını ve ailesini doğum ve doğum şekilleri konularında bilgilendirmeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmiştir.

Anahtar Szcũkler:Doğum tercihleri, sezaryen

ABSTRACT

WOMEN'S PREFERENCES FOR CAESAREAN SECTION AND FACTORS AFFECTING THEIR PREFERENCES

Sinem OBAN KOCA

Master Thesis, Department of Public Health

Consultant: Prof. Dr. Ferit KOOĞLU

2015, 62page

This study was carried out to find out why pregnant women prefer to give birth by cesarean section and factors affecting their decision.

This descriptive study was carried out with pregnant women who presented to the obstetrics and gynecology out patient clinic of Sivas State Hospital to have their pregnancy checkups between February 15, 2015 and March 15, 2015. The study sample comprised 270 pregnant women. The participants were divided into 9 groups. Each group included 30 persons. Each group corresponded to one month of the pregnancy. The questionnaire prepared by the researcher consists of items questioning sociodemographic, obstetric and gynecologic characteristics of pregnant women and their delivery preferences. Data were collected through the face-to-face interview technique, and the questionnaires were filled in by the researcher. Before the study was conducted, approvals were obtained from the Ethics Committee and the hospital where the study was to be conducted. Written informed consents were obtained from the participants. The data collected were analyzed using the SPSS 16 statistical software package. For the evaluation of the data, percentages and the chi-square test were used. The statistical significance level was set at 0.05.

In the present study, it was determined that the majority of the women had planned pregnancies without any treatment, that they had regular pregnancy checkups conducted by physicians, that 68.1% of them planned to give birth vaginally, that 25.2% wanted to undergo cesarean section and that 6.6% were indecisive.

Among the reasons the women preferred vaginal delivery were that postpartum recovery would be easier and faster (49.4%), and that delivery would be easier and

postpartum period would be less painful (38.1%). Of the women who preferred cesarean section, 19.1% stated that they preferred it of their own free will. Among the reasons the pregnant women wanted to undergo cesarean section were that they were afraid of labor pain (53.8%) and that they conceived after treatment (23.1%).

Statistical analyses revealed that women who were over the age of 30, worked at a paid job, had had miscarriages or unplanned pregnancies preferred cesarean section more ($p < 0.05$). In line with these results, it is recommended that health professionals should inform women and families about labor and types of delivery and should provide them with counseling.

Keywords: Birth choice, cesarean section

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR/SİMGELER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Normal Doğum ve Özellikleri	3
2.1.1. Tanımlar.....	3
2.1.2. Normal Doğum Komplikasyonları.....	3
1. Distosi (Zor Doğum).....	3
a. Uterus'a Bağlı Distosiler.....	4
b. Doğum Yoluna Bağlı Distosiler.....	4
c. Bebeğe Bağlı Distosiler	4
2. Omuz Takılması.....	4
3. Rahim Yırtılması.....	4
4. Kordon Dolanması	5
5. Kordon Sarkması	5
6. Akut Fetal Distres	5
7. Plasentanın Ayrılmaması.....	5
8. Uterus İnversiyonu.....	6
9. Uterus Atonisi.....	6

10. Doğum Kanalının Laserasyonları	6
11. Pelvik Relaksasyon	6
2.2. Sezaryen	7
2.2.1. Tanımlar.....	7
2.2.2. Tarihçe.....	7
2.2.3. Sezaryen Sıklığı	8
2.2.4. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum	10
2.2.5. Sezaryen Endikasyonları	11
1. Anne ile İlgili Endikasyonlar.....	12
a. Geçirilmiş Sezaryen.....	12
b. Sefalopelvik Uyumsuzluk (CPD).....	12
c. Dinamik Distosi.....	12
d. Yumuşak Doğum Yolu ile İlgili Sebepler	13
e. Annenin Sistemik Hastalıkları	13
2. Bebek ile İlgili Endikasyonlar	13
a. Prezantasyon, Pozisyon ve Gelişme Anormallikleri	13
1. Prezantasyon Anormallikleri.....	13
2. Pozisyon Anormallikleri	13
3. Fetüse Ait Gelişme Anormallikleri.....	13
b. Fetal Distres	14
c. Miad Aşımı.....	14
d. Fetüs Anormallikleri.....	14
e. RH Uygunsuzluğu	14
f. Çoğul Gebelikler.....	14
3. Fetüs ile İlgili Endikasyonlar.....	15
4. Sosyal Endikasyonlar	15
5. Diğerleri.....	15
2.2.6. Komplikasyonlar	15
1. Potansiyel Komplikasyonlar.....	15
2. Maternal Mortalite	15
3. Maternal Morbidite	15
4. Perinatal Mortalite ve Morbitite	16

2.2.7. Sezaryen Histerektomi.....	16
3. MATERYAL VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni.....	16
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	16
3.5. Veri Toplama Araçları	17
3.6. Verilerin Toplanması	17
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	18
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
6.1. Sonuçlar.....	33
6.2. Öneriler.....	34
7. KAYNAKLAR.....	35
EKLER.....	41
EK 1.Kadınların Sezaryan Doğum Tercihleri ve Etkileyen Faktörler Tez Çalışması Anket soruları.....	41
EK 2. C.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu	44
İZİNLER	46
EK 3. C.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	
EK 4. Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği İzin Belgesi	
ÖZGEÇMİŞ	49

KISATMALAR/ SİMGELER

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SSVD	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
ACOG	Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği
cm.	Santimetre
ark.	Arkadaşları

TABLULAR

Sayfa No

Tablo 1: Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	20
Tablo 2: Kadınların gebelik ve daha önceki doğum şekline ilişkin özelliklerin dağılımı	21
Tablo 3: Kadınların son doğumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı	23
Tablo 4: Kadınların planladıkları doğum şekline ilişkin bazı özelliklerin dağılımı	24
Tablo 5: Kadınların bazı sosyodemografik ve doğuma ilişkin özelliklerine göre planlanan doğum şeklinin dağılımı	27

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum süreci kadını gerek gebelik, gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilir [1]. Bu süreçte karar verilmesi gereken önemli konulardan biri kadının doğum şeklidir. Doğum şekline, gebelik süresince anne ve bebeğin durumu yakından değerlendirilerek karar verilmelidir. Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa vajinal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedir. Karar verme süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir. Kadınlara bu süreçte verilecek destek ve bilgilendirme ile onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilir. Gebeler özellikle son trimestırda vajinal doğum ve sezaryen doğum ile ilgili olarak yeterince bilgilendirilmelidir [2].

Vajinal doğum yüzyıllardır insanların kullandıkları bir doğum yöntemidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır [3]. 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 [4].

Sezaryen; normal doğum yapmanın önerilmediği ve normal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda ve doğumu takiben beklenen aşırı maternal ve/veya fetal morbidite riski söz konusu ise uygulanması gereken abdominal doğumdur.

Sezaryen doğumun en önemli endikasyonları; zor doğum, anormal prezentasyon, fetal sağlığın güvence altına alınamadığı durumlar ve başarısız indüksiyondur.

Tıbbi nedenler dışında bir endikasyonla sezaryen uygulamak etik değildir. Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun kesinlikle bir alternatifi değildir. Zorunluluk olmadığı müddetçe rutin sezaryen girişimi etik olmamanın yanı sıra hem içinde ciddi sağlık riskleri barındırmakta hem de maliyeti artırarak ülke ekonomisine yük getirmektedir. Normal doğumlarla karşılaştırıldığında sezaryen doğuma bağlı maternal morbidite ve

mortalite oranlarının 4-7 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. [5] .Sezaryen oranlarının dűşürülerek normal doğumun teşvik edilmesi gerekliliği, fetomaternal mortalite ve morbidite ve maddi yük açısından yadsınmaz bir gereksinimdir.

Sezaryen doğum dünyada ve űlkemizde en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir. Sezaryen hızları űlkemizde yıllara göre giderek artmaktadır. Sezaryen ilk yapılmaya başlandığında anne adayının hayatını kurtarmak için son çare olarak başvurulan bir operasyon iken, sonrasında bebeğin hayatını kurtaracak dűřük riskli bir operasyon haline gelmiştir. Ancak, günümüzde tıbbi zorunluluğun dışında ‐anne adayının istediği ve hekimin işlerini kolaylaştıran‐ bir operasyon halini almıştır. Bu bağlamda, 1960’lı yıllarda sezaryen endikasyonu olmayan teşhisler, 1980’li yıllarda endikasyon olmaya başlamıştır [6]. űlkemizde çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalar da sezaryen oranlarının %40 [7] ve %50’lere [8] kadar çıktığı bildirilmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 raporuna göre Türkiye’de araştırma tarihinden önceki son beř yıl içinde doğan bebeklerin %21’inin sezaryen ile dünyaya geldiğini göstermekte iken TNSA-2008’de %36.7ve TNSA-2013’te ise %48 olduğu görölmektedir[73]. űlkemizde bildirilen bu sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün ‐2000 Yılında Herkese Sağlık‐ hedefleri kapsamında önerilen % 15 oranından oldukça fazladır [9].

Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta 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 [10].

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalıřmada, sezaryenin günümüzde vajinal dođumun bir alternatifi olarak dűřünümesi konusuna dikkat çekmek ve giderek artan sezaryen dođumun nedenlerini ve etkileyen faktörleri saptayarak, oranları azaltmada yararlı bulgular elde etmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1-Normal Doğum ve Özellikleri

Doğum en az 20 haftalık bir gebelik sürecinden sonra bebeğin rahim dışına çıkması olarak tanımlanır. Daha erken doğmuşsa, rahim dışında yaşama yeteneğini kazanmamış olduğu için bu durum düşük olarak adlandırılır. Ancak günümüzde gelişen tıp ve teknoloji sayesinde erken haftalarda doğan bebeklerin de yaşama olasılığı artmıştır.

Normal doğum, 38-42 gebelik haftaları arasında, kendiliğinden başlayan rahim kasılmalarıyla, başla gelen tek bir bebeğin anne ve bebeğe zarar vermeden vajinal yolla canlı olarak doğmasıdır.

Normal doğumda, bebek doğduktan en geç otuz dakika sonra plasenta ve zarları da kendiliğinden rahimden dışarı atılır. Normal bir doğumda yaklaşık 300 ml kadar kan kaybı olur. Doğum için geçen süre 24 saatten daha azdır. Sağlıklı bir doğum işlemi güç olmayan fizyolojik bir olaydır.

Normal bir gebelik süresi son adet başlangıç gününden itibaren 280 gün ya da 40 haftadır. Beklenen doğum tarihi, "son adet tarihi + 7 gün - 3 ay" formülüyle hesaplanabilir.

Gebelerin beklenen doğum tarihini içine alan hafta doğum yapma olasılığı % 80'dir. Normal miadında doğum 38 - 42. haftalar arasında herhangi bir zamanda gerçekleşebilir.

2.1.1-Tanımlar

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 [11]. Diğer bir açıdan bakıldığında doğum, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasantanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır [12].

2.1.2-Normal Doğum Komplikasyonları

1-Distosii(Zor Doğum)

Distosi kelime anlamı olarak zor doğum demektir. Annenin doğum kanalı, fetus ve rahimdeki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir [13].

a-Uterus'a Bağlı Distosiler

- I-Uzamış latent faz: Doğum ağrılarının başladıktan sonra etkili hale gelmemesi,
- II-Uzamış aktif dönem: Ağrılar yeterli sıklık ve şiddette olmasına rağmen eylemin ilerlememesi açılmanın olmaması,
- III-Eylemde duraklama: Eylemin aktif döneminin herhangi bir anında ağrı ve açılmanın durması,

b-Doğum Yoluna Bağlı Distosiler

Kemik pelvis distosileri: Annenin kemik yapısı dardır ve buna bağlı olarak bebek doğamaz.

Yumuşak doku distosileri: Doğum kanalını ilgilendiren yumuşak dokuların tümoral ya da gelişimsel anomalileridir.

c-Bebeğe Bağlı Distosiler

İri bebek, duruş anomalileri, bebekte anomali, yapışık ikizler, ikiz doğumda kilitlenme vb.

2-Omuz Takılması

Bebeğin başının doğduktan sonra omuzlarının kemik yapıya takılarak sıkışmasıdır. Annede diyabet, iri bebek, şişmanlık, doğumun 2. evresinin uzaması, vakum ya da forseps gerektiren doğumlar ile daha önce omuz takılması öyküsünün olması risk faktörleridir. Bebeğin kol ve klavikula kemiklerinde kırılma, sinir zedelenmesi, bebeğin uzun dönem doğum kanalında kalmasına bağlı oksijenizasyonun bozulması ve bebeğin kaybedilmesi gibi komplikasyonları olabilir. Normal doğumda karşılaşılabilecek en korkunç komplikasyonlardan biridir. Manevra gerektiren omuz distosi sıklığı %0,6-1,4 arasındadır [14].

3-Rahim Yırılması (Uterus Rüptürü)

Uterus adelesinin eylem sırasında ya da daha önce yırtılmasıdır. Sebepleri arasında sancuların yeterli olmasına rağmen açılmanın olmaması, geçirilmiş rahim ameliyatları (sezaryen), uterusu yönelik direkt travmalar, doğum esnasında dışarıdan rahime fazla miktarda basınç uygulanması, baş pelvis uygunsuzluğu olmasına rağmen suni sancı verilmesi vardır [13]. Uterus rüptürüne yol açan en sık neden önceki sezaryene bağlı uterin skardır [15]. Uterin rüptür Amerika'da maternal ölümlerin yaklaşık %5'inden sorumludur.

4-Kordon Dolanması

Boyunda kordon dolanmasının, diğer kordon komplikasyonlarından olan kordonda gerçek düğüm ve kordon sarkması ile birlikte, ölümcül perinatal asfiksi nedenleri arasında %5-18 oranında yer aldığı bildirilmektedir [14].

Boyunda kordon dolanmasının doğumların yaklaşık %25'inde görülmesine karşın genel olarak doğum eylemini olumsuz yönde etkilemediği de ileri sürülmektedir.

Buna karşılık umbilikal kordonun sıkışması (ante partum ve intrapartum variable deselerasyonların) doğum eyleminin yavaşlamasına neden olup, doğumun ilerleyenevrelere inde kordon sıkışmasının ingiderek artmasına bağlı olarak intrapartum fetal distres sendromu gelişmektedir.

Kordon dolanması doğum şeklini etkileyerek müdahaleli doğum oranının artmasına sebep olabilmektedir. Uludağ ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada boyunda kordon dolanması olan olgularda, kordon dolanması olmayanlara göre müdahaleli doğum oranının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur [16]. Aynı çalışmada fetal distres gelişmesi boyunda kordonu olanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Fetal distresin nedeni bu olgularda kontraksiyonlar sırasında kordon sıkışmasıdır.

5-Kordon Sarkması:

Bebeğin zarları açıldıktan sonra göbük kordonunun buradan sarkmasıdır, acil sezaryen gerektirir. Genelde makat geliş, erken doğum, ikiz gebeliklerde ilk bebek doğduktan sonra görülür.

6-Akut Fetal Distres

Eylemin herhangi bir safhasında bebeğin sıkıntıya girmesi ve kalpseslerinin yavaşlamasıdır. Plasentanın erken ayrılması (ablasyo), baş pelvis uyumsuzlukları, kordon sarkması, başın normal pozisyonunda olmaması, plasenta previa, gereksiz ve yanlış uygulanan suni sancı bu duruma sebep olabilir.

7-Plasentanın Ayrılmaması

Doğum sonrası 30 dakika içinde plasenta kendiliğinden ayrılır. Eğer bu gerçekleşmez ise ya da plasentanın bir kısmı içeride kalır ise uygun bir anestezi verilerek kalan kısım elle alınır. Bazen plasenta uterusun kas dokusuna hatta dış yüzeyine kadar iler-

leyebilir. Bu durumda eğer plasenta parçaları temizlenemez ise uterusun alınması dahi gerekebilir.

8-Uterus İnversiyonu

Doğumdan sonra uterusun iininde ia doğru dönmesidir. Etyolojisi net olarak bilinmemektedir. Tam ya da kısmi olabilir. Fark edildiği anda acil olarak geri çevrilmeye çalışılmalıdır. Nadir fakat ciddi bir komplikasyondur, insidansı yaklaşık 1/10.000 [17]. İnversiyona bağlı hemorajik Çok görülebilir, tedavi acilen yapılmalıdır. Uterusun manuel olarak yerleştirilemediği durumlarda cerrahi gerekebilir.

9-Uterus Atonisi

Doğumdan sonra uterusun yeteri kadar kasılmamasıdır. Ani ve ciddi kanamalara neden olabilir. Doğumda en sık anne ölüm sebebidir [18]. Yamani, uterin atoni kanamasını en sık acil peripartum histerektomi endikasyonu olarak bildirmişlerdir [19]. Postpartum kanamaların en sık nedeni (%75-90) uterus atonisidir [18]. Erdemoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada histerektomi olgularının %51,92'si sezaryen ile doğumu takiben yapılmıştır ve acil histerektomi endikasyonlarının başında uterin atoni kanaması (%55,76) tespit edilmiştir [20].

10-Doğum Kanalının Laserasyonları:

Vajina ve perine laserasyonları 1., 2., 3. ve 4. derece olarak sınıflanır.

a-Birinci derece laserasyonlar forset, perineal cilt ve vajinal mukoz membranlar.

b-İkinci derece laserasyonlar cilt ve mukoz membrana ek olarak perineal bölgenin faysa ve kaslarını içerir ama anal sfinkteri içermez.

c-üçüncü derece laserasyonlar cilt, mukoz membran, perineal gövde ve anal sfinkteri içerir.

d-Dördüncü derece laserasyonlar rektumun lumenini içerecek Şekilde rektum mukozaya ulaşırlar [13].

11-Pelvik Relaksasyon

Tekrarlayan normal doğumlardan sonra pelvik relaksasyon (sistosel, rektosel ve uriner inkontinans) olabilmektedir.

2.2-Sezaryen

2.2.1-Tanım

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır [13]. Ancak aşağı uterus segmentinin ve serviksin ön dudağının insizyonu ile fetusun transvajinal olarak vajinal sezaryen operasyonu ile doğmasını bu tanım içermez. Bir de fetusun sekonder implantasyon sonucu veya uterus rüptürü nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınmasını tanımlamaz[13].

2.2.2-Tarihçe

Operasyonun ismini nereden aldığı konusunda birden fazla görüş ileri sürülmüştür.

a-Julius Caesar'ın bu şekilde doğmuş olduğuna dair görüşler mevcut isede, gençlik dönemlerinde annesinin hayatta olması Sezar'ın kesinlikle buyöntemle doğmadığını göstermektedir.

b-Orta Çağda Latince bir fiil olan caedere'nin kesmek manasına geldiği vesezaryenin bu köktentürediği seklindedir.

c-Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölenkadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin önce "lex regia" daha sonra "lex caesarea" olarak adlandırıldığı seklindedir[13].

Literatürde, o zamanlara ait anne ve çocuğun da yaşadığı başarılı sezaryen doğum raporları mevcuttur, ancak bunların çoğu işlemin gerçekleştirildiği tarihten çok sonraları yazılan raporlardır. Sezaryen uygulanan kadınların çoğu kan kaybından veya postpartum peritonitten ölmüşlerdir [21].

1500'de bir hayvan bakıcısı olan Nufur'in doğumda sıkıntıya düşen karısına sezaryen uygulanmış ve anne ile çocuk yaşamışlardır. Kayda alınmış olan bu girişim canlı bir kadında hekim dışı bir kişinin başarı ile gerçekleştirdiği ilk onaylanmış vaka kadır.

1769'da Lebas tarafından kesilen uterusu dikiş atılmış ve bu gelişme sezaryen-deki yüksek mortaliteyi düşürebilmiştir. Gariptir ki bu kavram daha sonra terkedilmiş ve 1817'de, Barlow İngiltere'de uterus yarasına dikiş koyan ikinci kişi olmuştur.

1800'lü yılların sonlarında Edward Porro (1842-1902), sezaryen sonrası yapılan supraservikal histerektomiye tarif eden ve Porro operasyonu olarak bilinen sezar-

yeni gerçekleştirmiştir [21]. Bu uygulamada teori, postpartum enfeksiyonun baş sorumlusu olarak doğumdan sonra bırakılan uterusu dayanıyordu.

Sezaryende dönüm noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşandı. Daha öncesinde hasta kanama ya da sepsisten ölmekteyken sutür konulması mortaliteyi azalttı[13].

1908'de Pfannenstiel uterin serozayı keserek mesaneyi uzaklaştırmış ve sadece bir anne ölümü ile 33 olgu bildirilmiştir. 1912'de Kronig [22]aşağı uterus segmentinde vertikal insizyon iletransperitoneal yaklaşımı ortaya attı.

1926'da Kerr açıklığı yukarı bakan hilal şeklinde alt segment insizyonunu önermiştir. Bugün Kerr tekniği en çok uygulanan uterus kesi tipidir. Anestezi, antibiyotik ve kan ürünlerindeki gelişmeler ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan operatif işlemlerden biri haline almıştır [23].

2.2.3-Sezaryen Sıklığı

20. yüzyılın ortalarında, tıbbi teknolojinin gelişmesi antenatal takipte yeni tanı ve tedavi seçeneklerinin ortaya çıkmasına neden olmuş, bu durum da sosyoekonomik faktörlerin de etkisiyle sezaryen endikasyonlarının genişlemesi sonucunu doğurmuştur. 1960'lı yıllarda sezaryen endikasyonu olmayan teşhisler, 1980'li yıllarda endikasyon olmaya başlamıştır.

1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı %5'lerden %20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar iniş geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır. Her ne kadar bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sezaryen operasyon sıklığı genel olarak bütünyadaönemli artış göstermiştir [13].

Bu artışın sebepleri arasında; paritenin azalması ve gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması önemli yer tutmaktadır. Bu kadınlarda sezaryen endikasyonu oluşturabilecek durumların daha fazla görülmesiyle açıklanmaktadır. Giderek daha yaşlı kadınlar çocuk sahibi olmaktadır. Son 20 yılda 30-39 yaş arası nullipar doğumlar iki katına çıkmıştır.

1970'lerden itibaren elektronik fetal monitorizasyon yaygın olarak kullanıldığından sezaryen sıklığında artış olmuştur. Makat gelişler %80'den fazla oranda sezaryen ile sonuçlanmaktadır. Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınlar daha çok sezaryen tercih etmektedirler [24].

Bütün bunlara karşın daha yaşlı ve tecrübeli hekimlerin daha az sezaryen tercih edip daha çok forseps kullandıkları, daha fazla vajinal makat doğum yaptırdıkları bilinmektedir. Ayrıca bu hekimler daha önce sezaryen geçirmiş kadınlarda vajinal doğumu daha cesurca uygulamaktadırlar. Eğitim hastanelerinde sezaryen oranı daha düşüktür [25].

Gelişmiş ülkeler içinde Amerika ve Brezilya en yüksek;Çekoslovakya, Avusturya ve Belçika ise en düşük sezaryen oranına sahiptir [25].

DSÖ 2010 verilerine göre bazı ülkelerin 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. Hindistan'ın kentsel bölgelerinde sezaryen ile gerçekleştirilen doğum oranı %30'ların üzerindedir [26]. Görüldüğü gibi bu ülkelerde sezaryen oranları DSÖ tarafından önerilen %15 sezaryen oranından oldukça yüksektir. En yüksek %15 olarak benimsenen sezaryen oranının, bu seviyenin altına indiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ile morbidite oranları artış gösterebilmektedir.

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 2008 TNSA'da %36,7'ye yükseldiği bildirilmektedir [28]. TNSA 2013 verilerine göre ise sezaryenle doğum oranı %48'e ulaşmıştır [29].

Ülkemizde doğudan batıya gelindikçe, annenin öğrenim düzeyi yükseldikçe sezaryen oranının arttığı belirtilmektedir [27].

Ülkemizin batısında sezaryen oranı %21,9 oranında iken Doğu Anadolu Bölgesi'nde %5,7 oranındadır [30]. Ülkemizde çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda sezaryen oranlarının %40 [7] ve %50'lere [8] kadar çıktığı bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan hastane tabanlı bazı çalışmalarda da sezaryen oranının giderek arttığına işaret edilmektedir [31]. Dicle Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada 1983 yılında %22,4 olan sezaryen oranının 2002 yılında %46,4'e ulaştığı, Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde yapılan başka bir çalışmada 2001 yılında %58 olan sezaryen oranının 2005'te %85'e yükseldiği, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada 2002 yılında %37,7 olan sezaryen oranının 2007 yılında %51'e ulaştığı ve Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada 2004'te %34,4 olan sezaryen oranının, 2006 yılında %40,2'e yükseldiği saptanmıştır [25].

Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı sağlık istatistiklerinde ise sezaryenle doğumların tüm doğumları 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 [31].

Sezaryene bağlı maternal mortalite 4-8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre ortalama 7 kat fazladır. 37. gebelik haftasından sonrakı doğumlarda, yeni doğanın geçici takipnesi veya respiratuar distress sendromunun görülme oranı 5.3/1.000 iken travayda olmayan sezaryenlerde bu oranın 35.5/1000, travayda yapılan sezaryenlerde ise bu oranın 12.2/1000 olduğu saptanmıştır [32]. Hastane ücretlerinin sezaryende vajinal doğuma oranla çok daha yüksek, hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu düşünülürse, sezaryen endikasyonunu belirlerken çok daha dikkatli davranmak gerektiği açıktır. Üstelik sanıldığı aksine sezaryen yapmakla zor bir vajinal doğumun neden olabileceği nörolojik defisitlerin insidansını azaltma ya da mental performansı yükseltme arasında kanıtlanmış bir bilgi yoktur [24].

2.2.4-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 [31]. Bu durum, 1916'da Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımının aksi yöndeki tüm çalışmalara rağmen değiştirilememesi sonucu ortaya çıkmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir. Flamm ve arkadaşları (1997) sezaryen sonrası vajinal doğum 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 kısaldığını bildirmişlerdir [33].

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği'nin (ACOG) 1998 yılındaki bildirisinde alt segment transvers kesili hastaların sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) aday oldukları ve bu hastalara vajinal doğum önerilmesinin sezaryen oranını azaltmada etkili olacağı belirtilmiştir [34]. Yapılan çalışmalarda SSVD için en uygun hastanın önceki alt segment transvers kesili, daha önce vajinal doğum yapmış ve uy-

gun şekilde bilgilendirilmiş hasta olduğu belirtilmektedir[35,36]. SSVD için hastanın kararını birçok faktörün etkilediği, üçüncü trimesterde hasta ile konuşulup bilgi verirse, hastaların 2/3'ünün vajinal yolla doğumu seçtikleri belirtilmiştir[37].

Sezaryen sonrası vajinal doğum denenen kadınlarda 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].

Ülkemizde de SSVD'ya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bir şehrimizde yapılan çalışmada; SSVD oranında giderek bir artış saptanmıştır. Çalışmada SSVD 1999'da %16,2000'de %17,8, 2001'de %23,5 ve 2002'de ise %27,1 olarak belirlenirken, uterin rüptür oranı % 1,5 olarak belirlenmiştir[38]. Başka bir şehrimizde sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri daha düşük olan bir popülasyonda SSVD'nin güvenilirliğini prospektif olarak araştıran bir çalışmada, SSVD kabullenme oranının %67,85, mortalite oranının %7,89 olarak bulunduğu, sadece bir olguda 2 cm. uterin rüptür tespit edildiği, ancak hastanın takibinde problem olmadığı için sessiz rüptür olarak kabul edildiği bildirilmiştir[39]. Başka bir prospektif çalışmada da, perinatal mortalitenin gözlenmediği, perinatal morbiditenin %13 olduğu, uterin rüptür oranının ise %2,4 olduğu belirtilmiştir[40].

Sezaryen sonrası vajinal doğum kavramı ülkemiz için oldukça yenidir. Pek çok doktor bu fikre sıcak bakmamakta ve "bir kez sezaryen her zaman sezaryen" söyleminden uzaklaşmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde sezaryen sonrası vajinal doğumun yaygınlaşması için uzun zaman gerekmektedir.

2.2.5-Sezaryen Endikasyonları

Zamanla sezaryen endikasyonlarında değişiklik olmuştur. Önceleri sezaryen anne hayatını kurtarmak için yapılırken bugün fetal nedenler ön plandadır.

Genel olarak sezaryen doğumların %85'ten fazlası şu sebeplerden ötürü yapılmaktadır:

- Geçirilmiş sezaryenler
- Distosi
- Fetal distres
- Makat prezentasyonu [13].

Sezaryen endikasyonları 5 sınıfta incelenebilir:

1-Anneyle ilgili

2-Bebekle ilgili

3-Fetus ekleriyle ilgili

4-Sosyal

5-Diğerleri

1-Anneyle İlgili Endikasyonlar

a-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 gözükmektedir[13].

Eğer kontrendikasyon yoksa ve önceki sezaryen endikasyonu kalıcı değilse sonraki doğumda vajinal doğum denenmelidir. Geniş çok merkezli çalışmalar, sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun; uygun hasta seçimiyle % 60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermiştir.

Sezaryen sonrası vajinal doğum için uygun adayların; bir veya iki aşağı transvers sezaryen geçirmiş olması, klinik olarak uygun pelvis yapısına sahip olması, başka uterus skarı veya rüptürü olmaması gerekirken, hekimin aktif eylem sırasında monitörizasyon ve gerektiğinde acil sezaryen yapma imkânının olması, acil sezaryen için anestezi ve personelin hazır olması da gerekmektedir.

b-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 rüptüründen sonra 2. fazda 3 saatlik etkin kasılmalara rağmen ilerleme olmamasının görülmesi gerekir[13]. Pelvis girişinde, midpelviste ve çıkışta uyumsuzluklar olabilir.

c-Dinamik Distosi: Serviksin 1 cm/saatlik hızla acılamaması disfonksiyonel eylemi hatırlatmalıdır. Genellikle oksitosin infuzyonu ile açılma sağlanır. Ancak buna rağmen 2-3 saat boyunca hiç ilerleme olmazsa hastanın durumu tekrar gözden geçirilmelidir[13].

Bu grup 3 ana başlık altında toplanabilir.

-Pelvik darlığa bağlı distosiler: Darlık pelvis giriminde, orta pelviste, pelvisçıkımında veya kombine olabilir.

-Uterus kontraksiyonlarına bağlı distosiler:Hipotonik uterin disfonksiyon,hipertonik ve diskoordine uterin disfonksiyon şeklindedir.

-Fetusa ait distosiler: Prezentasyon anomalileri, pozisyon anomalileri, fetuse ait gelişme anormallikleri olarak gruplanabilir.

d-Yumuşak Doğum Yolu ile İlgili Sebepler: Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkansız kılabilir [24].

e-Annenin Sistemik Hastalıkları

Gebelik öncesinde var olan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan, anneye ait sistemik hastalıklardır. Kanser, kalp hastalıkları, diabet, troid hastalıkları, hipertansiyon, epilepsi ve bazı kan hastalıkları, hepatit, mide rahatsızlıkları, bel fitiği, kan uyuşmazlığı, astım, idrar yolu enfeksiyonları, cilt hastalıkları, karaciğer hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları gibi hastalıklardır.

2-Bebekle İlgili Endikasyonlar

a-Prezentasyon,Pozisyon ve Gelişme Anormallikleri

i-Prezentasyon Anomalileri: Makat geliş, compound geliş, transvers ve oblik gelişler bu grupta yer almaktadır. % 3-4 vakada bebek baş ile değil makat ile gelir [41]. Mutlak sezaryen endikasyonu değildir. Makat doğumlar, sefalik doğumlara göre; doğum travması, perinatal asfiksi, yenidoğan ölümü gibi komplikasyonlarla yakın ilişkilidir. Vajinal makat doğumların, sezaryen doğum ile karşılaştırıldığında yenidoğan mortalite ve morbiditesini arttırdığı düşünülmektedir [42].

ii- Pozisyon Anomalileri: Defleksiyon gelişleri, oksiput posterior, yüksekte düz duruş, derinde transvers duruş ve asinklitismus bu gruptadır.

iii-Fetüse Ait Gelişme Anormallikleri: İri bebek, fetüstelokal büyüme yapan sebepler (hidrosefali, geniş abdomen) ve diğer anormallikler sezaryen endikasyonu olabilmektedir.

b-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 olmadığına rağmen fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır. Ancak sürekli anormal kalp hızı paterni olanlarda yapılmalıdır[13].

c-Miad Aşımı: 42 hafta aşılmasına rağmen eylem başlamamışsa sürmaturasyondan bahsedilir. Postmaturite sendromu gelişip gelişmediği önemlidir.

d-Fetüs Anormallikleri: Hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik gibi durumlardır.

e-Rh Uygunsuzluğu: Ağır formlarında hidrops gelişebilir.

f-Çoğul Gebelikler: Terme ulaşmış ikiz gebeliklerde doğum, tekiz gebeliklerde olduğu gibi vajinal olarak gerçekleştirilmelidir. Ancak gerek prezantasyon anomalileri ve gerekse çoğul gebeliğe bağlı materno-fetal komplikasyonlar nedeniyle sezaryen oranlarında artış izlenmektedir. Son yıllarda ovulasyon indüksiyonu, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın olarak kullanımı ile birlikte çoğul gebeliklerin insidansında belirgin bir artış olmuş ve çoğul gebeliklerin oranı %3'lere ulaşmıştır [43].

Çoğul gebelikler artmış maternal, perinatal mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğundan doğum şekli ve yönetimi önem kazanmaktadır. Perinatal ölümlerin %10-12'sini çoğul gebelikler oluşturmaktadır [44]. Fetus sayısı arttıkça fetal ve maternal prognozun kötüleştiği aşikardır. İkiz gebeliklerde mortalite tekiz gebeliklerin 4 katı kadar fazladır. En sık perinatal komplikasyon olan erken doğum eylemine üçüzlerde ikizlere göre 2 kat daha fazla sıklık ile rastlanmaktadır [45]. Bu gebeliklerde prematürite, preeklamsi, hidroamniyoz, plasenta previa, ablasyo plasenta ve kord prolapsusu sıklığının yüksek olması mortaliteyi arttırmaktadır [44]. Term ikiz gebeliklerde doğum şekli ile prezentasyon ilişkisini inceleyen bir çalışmada, verteksgelişte ikinci bebek için acil sezaryen ihtiyacı doğması halinde (vajinal sezaryen doğum) diğer durumlar arasında en yüksek neonatal mortalite oranı (3,8/1000 canlı doğum) saptanmıştır [46].

3.Fetüs Ekleriyle İlgili Endikasyonlar

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

4-Sosyal Endikasyonlar

Annenin normal doğumdan korkması, planlı bir zamanda doğum yapmak istemesi ya da tedavi ile bebek sahibi (kıymetli bebek) olduğundan dolayı sezaryen yapılabilir.

5-Diğerleri

Bu sınıfların hiçbirine sokulamayan endikasyonları oluşturur.

2.2.6-Komplikasyonlar

1-Potansiyel Komplikasyonlar

- Pelvik yapıların operatif yaralanması: mesane,barsak ve üreter gibi
- Fistul Formasyonu: Vezikouterin, üreterouterin, uteroabdominal
- İnsizyonun Uzaması: Vajina, mesane, uterin damarları
- Enfeksiyon: Üriner traktus, endoparametrit, yara yeri
- Transfüzyon İhtiyacı: Kanama, anemi
- Histerektomi
- Hematom
- Septik pelvik tromboflebit
- Pulmoner emboli
- Nekrotizan fasyitis
- Evisserasyon

2-Maternal Mortalite

Sezaryen doğum ile ilişkili maternal mortalite için 7 kat artmış bir relatif risk bildirilmiştir. Bildirilen çoğu ölümlerin komplike olmuş elektif olmayan işlemlerle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir[13,47].

3-Maternal Morbidite

Vajinal doğum ile karşılaştırıldığında sezaryen doğumda maternal morbidite de artmıştır. Morbiditeyi oluşturan temel durumlar endometriozis, hemoraji, idrar yolu enfeksiyonu ve tromboembolizmdir [13]. Obez kadınlarda, sezaryen doğuma bağlı morbidite dramatik bir şekilde artmaktadır[48,49].

4-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 prematür doğum, fetal anomaliler ve antepartum olaylar gibi doğum şeklinden etkilenmeyen hadiselerin olmasıdır[50,51].

2.2.7-Sezaryen Histerektomi

Bazı durumlarda ve genellikle ağır obstetrik hemoraji ile komplike olan durumlarda, postpartum histerektomi hayat kurtarıcı olabilir. Operasyonların büyük bir kısmı inatçı uterin atoni, alt segment kanaması, uterin damarların laserasyonu, büyük myomlar, ağır servikal displazi veya karsinoma insituya bağlı hemorajiyi durdurmak için yapılır. Plesental implantasyon bozuklukları plasenta previa, plasenta akreata varyasyonları da dahil olmak üzere, sıklıkla mükerrer sezaryen ile ilgili olan bu durumlar günümüzde sezaryen histerektominin en yaygın endikasyonlarıdır[52].

Elektif postpartum histerektomiye göre acil histerektomi yapılan kadınlarda kan kaybı, operasyon zamanı, infeksiyon morbiditesi ve transfüzyon oranlarında artış bildirilmiştir [53].

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte araştırma özelliğindedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde, gebelik kontrollerine gelen gebe kadınlar ile görüşülerek yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas Devlet Hastanesine gebelik kontrolleri için gelen kadınlar oluşturmaktadır. Bu hastanenin kayıtlarına göre, 2013 yılında 4118 doğum gerçekleştirilmiş olup, bunun 946'sı (% 23) sezaryenle olmuştur. .

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örneklemin büyüklüğü, Sivas Devlet Hastanesinde bir yıl önceki sezaryenle doğum oranı (%23) ve öngörülen sapma değeri (d=0,05) esas alınarak $n=(t^2 \times 0,23 \times 0,77) / (0,05)^2$ formülüyle 272 bulunmuştur. Buna göre her gebelik ayından 30'ar gebe olmak üzere toplam 270 gebeye anket uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında 32 sorudan oluşan anket formu (EK 1) kullanılmıştır. Gebele- re ait sosyodemografik özelliklerden; yaş, öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, aile tipi, yaşanılan yer (köy/ilçe/il merkezi), sosyal güvence durumu, gibi bilgiler sorgulanmıştır.

Gebelik ve doğum ile ilgili olarak ise, gebelik ayı, kaçınıcı gebeliği, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik durumu (tekli, çoğul), gebelik kontrollerinin yapıldığı yer, gebelik kontrollerini yapan kişi, gebelik kontrollerine geliş sayısı, başka hastaneye gitme durumu, gebelikte problem yaşama, gebeliği isteme durumu, gebe kalmak için tıbbi yardım alma, gibi bilgiler sorgulanmıştır.

Araştırmada gebelik döneminde problem yaşama ile düşük tehdidi, kanama, hiperemesis gravidarum, gestasyonel diyabet, bebekte gelişim geriliği gibi problemler kastedilmiştir.

Planlanan doğum şekline ilişkin olarak ise, planlanan doğum şekli, vajinal doğumu tercih etme sebebi, sezaryen doğumu tercih etme sebebi, sezaryenin kendi tercihi olma sebebi, sezaryenle doğumun tıbbi endikasyon kaynaklı olma sebebi, doğum şekli kararını etkileyen kişi, doğum şekline karar vermesini düşündüğü kişi gibi bilgiler alınmıştır.

Daha önceki doğum şekline ilişkin olarak, önceki doğum şekli, vajinal doğum ise memnun mu, sezaryen doğum ise memnun mu, sezaryen doğum ise sebebi gibi bilgiler alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından 15 Şubat 2015 – 15 Mart 2015 tarihleri arasında polikliniğe gebelik kontrolleri için gelen gebe kadınlarla, muayene sonrası yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildi ve araştırmacı tarafından dolduruldu. Katılım gönüllülük esasına dayanılarak yapıldı ve formun doldurulması için katılımcıların ortalama 10 dakika zaman ayırması gerekti.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin değerlendirmesinde, yüzdellik ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Analizde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce etik kuruldan (17.12.2014 tarihli, 12/03 sayılı) (EK 3) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan (10.02.2015 tarihli, 75723911/044 sayılı) (EK 4) yazılı izin alınmıştır. Bilgilendirilmiş olur formu (EK 2) ile gebe kadınlardan yazılı izin alınmıştır.

4.BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların %2,2'si 18 ve altı yaş grubunda, %66,7'si 'i 19-29yaş grubunda, %20'si 30-34 yaş grubunda, %11,1'i 35-44 arası yaş grubundadır. Gebelerden %1,9'unun okuryazar olmadığı, % 29,3'ünün yüksekokul- üniversite mezunu olup, %25,2'sinin ise gelir getiren bir işte çalışmakta olduğu öğrenildi. Eşlerinin % 1,9'unun okuryazar olmadığı, %29,3'ünün yüksekokul-üniversite mezunu olduğu,%2,2'sinin çalışmıyor olup, %38,5'inin serbest meslek sahibi olduğu öğrenildi. Gebelerin %73,7'sinin aile tipinin çekirdek aile olduğu, %90'ının sosyal güvencesi olup, %83,3'ünün şehir merkezinde yaşadığı öğrenildi (Tablo 1).

Gebelerin hepsi sağlık kontrollerinin doktor tarafından yapıldığını belirtirken,%33,3'ü sağlık kontrolü için başka hastaneye gittiğini belirtmiştir(Tablo 2).

Araştırmaya katılan gebelerin, %85,5'i gebeliklerini istediklerini, %14,1'i gebe kalmak için tedavi aldığını, %18,1'i gebelikte sağlık problemi yaşadığını, %20'si daha önce düşük yaptığını, %5,6'sı daha önce küretaj yaptırdığını , %1,9'u daha önce ölü doğum yaptığını belirtmiştir (Tablo 2).

Sezaryenle doğum yapmak isteyen gebelerin %19,1'i bunun kendi tercihi olduğunu belirtmiştir.Tercih nedenleri arasında en fazla, doğum ağrısından korkma (%53,8),tedavi ile hamile kalmış olma (%23,1) ve tüp ligasyonu (%23,1) isteği belirtilmiştir.Sezaryenle doğumu tıbbi endikasyon nedeniyle planlayan gebelerin, %56,3'ü tekrarlayan sezaryen sebebiyle,%29,1'i ise çoğul gebelik sebebiyle tercih ettiğini bildirmiştir (Tablo 4).

Doğum şekline kimin karar vermesi gerektiğini düşünülen kişi olarak %52,6'sı doktoru ile birlikte kendisinin, %24, 8'si ise doktorunun karar vermesi gerektiğini belirtmiştir.Gebelerin yarısından fazlası planladıkları doğum şekline kendisinin karar verdiği (%60,7), kendisi dışında doğum şekli kararını en fazla etkileyen kişinin dok-

toru (%15,9), daha sonra sırasıyla (%7,4) annesi ve yakın akrabaları (%6,7) olduğunu bildirmiştir (Tablo 4).

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre planladıkları doğum şeklinin dağılımına bakıldığında, vajinal doğumu planlayanların, %37'sinin 25-29 yaş grubunda olduğu, %25,5'nin yüksekokul-üniversite mezunu olduğu, %77,2'sinin çalışmadığı, %72,3'nün çekirdek ailede yaşadığı ve %83,2'sinin ise şehir merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Sezaryenle doğumu planlayan kadınların ise, %32,4'ünün 25-29 yaş grubunda olduğu, %36,8'inin yüksekokul-üniversite mezunu olduğu, %64,7'sinin çalışmadığı, %77,9'nun çekirdek ailede yaşadığı ve %85,3'ünün şehir merkezinde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

19-24 yaş grubunda en çok tercih edilen doğum yöntemi vajinal doğum(%87) iken, 35-39 yaş grubunda en çok tercih edilen doğum yöntemi sezaryenle doğum(%50) olarak belirlenmiştir. Okuryazar olmayan kadınların hepsi vajinal doğumu tercih ederken, yüksekokul-üniversite mezunu kadınların %65,3'ü vajinal doğumu tercih etmektedir (Tablo 5).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaşın, planlanan doğum şeklini önemli ölçüde etkilediği ($p<0.05$) bulunurken, aile tipi, eşinin eğitim düzeyi, yaşanılan yer ve sosyal güvence durumlarının ise etkilemediği ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 1. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N=(270)	%
Yaş		
18 ve altı	6	2,2
19-29	180	66,7
30-34	54	20,0
35-44	30	11,1
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	5	1,9
Okuryazar	4	1,5
İlkokul	57	21,1
Ortaöğretim	61	22,6
Lise	64	23,7
Yüksekokul_Üniversite	79	29,3
Eşinin Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	2	0,7
Okuryazar	1	0,4
İlkokul	51	18,9
Ortaöğretim	40	14,8
Lise	81	30,0
Yüksekokul_Üniversite	95	35,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	68	25,2
Çalışmıyor	202	74,8
Eşinin Mesleği		
Serbest meslek	104	38,5
İşçi	75	27,8
Çiftçi	12	4,4
Memur	71	26,3
Emekli	2	0,7
Çalışmıyor	6	2,2

Tablo 1 Devamı. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N=(270)	%
Aile Tipi		
Çekirdek aile	199	73,7
Geniş aile	71	26,3
Sosyal Güvence		
Var	243	90,0
Yok	27	10,0
Yaşadığı Yer		
Köy	30	11,1
İlçe	15	5,6
Şehir merkezi	225	83,3

Tablo 2. Kadınların gebelik ve daha önceki doğum şekline ilişkin özelliklerin dağılımı

Gebelik ve doğuma ilişkin özellikler	N(270)	%
Gebelik ayı		
1	30	11,1
2	30	11,1
3	30	11,1
4	30	11,1
5	30	11,1
6	30	11,1
7	30	11,1
8	30	11,1
9	30	11,1
Kaçıncı gebeliği		
1.	100	37,0
2.	70	25,9
3 ve üzeri	100	37,0
Şimdiki gebelik durumu		
Tekli	254	94,1
Çoğul gebelik	16	5,9

Tablo 2 Devamı. Kadınların gebelik ve daha önceki doğum şekline ilişkin özelliklerin dağılımı

Gebelik ve doğuma ilişkin özellikler	N(270)	%
Daha önce düşük yaptı mı?		
Evet	54	20,0
Hayır	216	80,0
Daha önce küretaj oldu mu?		
Evet	15	5,6
Hayır	255	94,4
Daha önce ölü doğum yaptı mı?		
Evet	5	1,9
Hayır	265	98,1
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	120	44,4
1	88	32,6
2	13	4,8
3 ve üzeri	49	18,1
Başka hastaneye gitme durumu		
Evet	90	33,3
Hayır	180	66,7
Gebelik kontrollerini yapan kişi		
Hekim	270	100
Ebe- hemşire	0	0
Gebeliği isteme durumu		
Evet	230	85,6
Hayır	40	14,4
Gebe kalmak için tıbbi yardım alma		
Evet	38	14,1
Hayır	232	85,9
Sağlık problemi yaşama		
Evet	49	18,1
Hayır	221	81,9

Tablo 3. Kadınların son doğumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı

Kadınların daha önceki doğuma ilişkin Özellikleri	N	%
Önceki doğum şekli (n=270)		
Vajinal doğum	108	39,8
Sezaryen	44	16,3
Hiç doğurmamış	118	43,7
Vajinal doğumdan memnun mu?(n=108)		
Evet	105	97,2
Hayır	3	2,8
Sezaryen doğumdan memnun mu? (n=44)		
Evet	33	75,0
Hayır	11	25,0
Sezaryen doğum tercih sebebi (n=44)		
Kendi tercihi	2	4,5
Tıbbi endikasyon	42	95,5

Gebelerin %43,7'sinin daha önce hiç doğum yapmadığı, %39,8'inin vajinal yolla, %16,3'ünün sezaryenle doğum yaptığı öğrenildi. Daha önce vajinal doğum yapanların %97,2'sinin vajinal doğumdan memnun oldukları, sezaryenle doğum yapanların %25,1'inin ise sezaryenden memnun olmadıkları belirlenmiştir. Son doğumu sezaryen olan gebelerin %4,5'i kendi isteğiyle, %95,5' i ise doktor önerisiyle tıbbi endikasyon kaynaklı olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Planlanan doğum şekli ile ilgili olarak, vajinal doğumu tercih etme sebepleri arasında en fazla, doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme(%49,4), daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme (%38,1), anne için daha sağlıklı olacağını düşünme(%33,3), başlıca sebepler olarak belirtilmiştir. (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların planladıkları doğum şekline ilişkin bazı özelliklerin dağılımı

Planlanan Doğum Şekline İlişkin Özellikler	N	%
Planlanan Doğum Şekli (n=270)		
Vajinal doğum	184	68,1
Sezaryen ile doğum	68	25,2
Kararsız	18	6,6
Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenleri * (n=184)**		
Daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme	71	38,1
Doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme	92	49,5
Anne için daha sağlıklı olacağını düşünme	62	33,3
Çevredekilerin önerileri ve tavsiyeleri	7	3,7
Sezaryenden / ameliyattan korkma	15	8,1
Bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme	35	18,8
Gebelik boyunca her şeyin normal olduğunu düşünme	9	4,8
Doktorların önerisi	7	3,7
Doğal yöntem olduğunu düşünme	29	5,5
Doğum deneyimini yaşamak isteme	9	4,8
Eşin isteği	2	1,1
Diğer	-	-
Sezaryenle Doğumu Tercih Etme Nedenleri (n=68)		
Kendi tercihi	13	19,1
Tıbbi endikasyon nedeniyle	55	80,8
Doğum Şekline Karar Vermesi Gerektiğini Düşünen Kişi (n:270)		
Doktorum ile birlikte kendim	142	52,6
Doktorum	67	24,8
Eşim ile birlikte kendim	23	8,5
Kendim	38	14,1

Tablo 4 Devamı. Kadınların planladıkları doğum şekline ilişkin bazı özelliklerin dağılımı

Planlanan Doğum Şekline İlişkin Özellikler	N	%
Sezaryenle Doğumun Kendi Tercihi Olma Nedenleri (n=13)		
Doğumdan /doğum ağrısından korkma	7	53,8
Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme	-	-
Kıymetli bebek / tedavi ile bebek sahibi olma	3	23,1
Gebelik sürecinde yaşadığı sağlık problemleri	-	-
Doktorların önerisi	-	-
Eşimin isteği ile	-	-
Diğer ***	3	23,1
Sezaryenle Doğumun Tıbbi Endikasyon İle Olma Nedenleri (n=55)		
Bebekle ilgili sorun nedeniyle	5	9,1
Anneyle ilgili sorun nedeniyle ****	3	5,4
Tekrarlayan sezaryen	31	56,3
Çoğul gebelik	16	29,1
Diğer	-	-
Doğum Şekli Kararını Etkileyen Kişiler (n=270)		
Kendi	163	60,4
Anne	20	7,4
Eş	4	1,5
Yakın akraba	18	6,7
Kayınvalide	3	1,1
Doktor	43	15,9
Komşu/arkadaş	10	3,7
Sağlık personeli olan akraba/arkadaş	7	2,6
Diğer	2	0,7

*: Soruya birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

** : İlgili soruya cevap verenlerin sayısı

***: Tüp ligasyonu için sezaryenle doğum yapmak istemektedirler.

****: Bu gruptan bir kişi sırtında platin olması, 1 kişi bacağına protez olması, 1 kişide daha önce geçirdiği ameliyattan dolayı sezaryen doğumu tercih ettiğini ifade etmiştir.

Gebe kalmak için tedavi alanların %34,4'ü, planlı bir şekilde gebe kalanların %24,5'i ve gebeliklerinde sağlık problemi yaşayanların %23,9'u sezaryenle doğum yapmak istediklerini belirtmiştir. Eşi yüksekokul-üniversite mezunu olan kadınların %30'u sezaryenle doğum yapmayı isterken, köyde yaşayan kadınların %25'i, şehir merkezinde yaşayan kadınların ise %27,5'i sezaryenle doğum yapmak istediklerini belirtmiştir (Tablo 5).

Vajinal doğumu planlayan kadınların, %89,9'unun gebe kalmak için tedavi almadığı, %87,5'nin gebeliklerinin planlı bir şekilde olduğu ve %81'nin gebeliğinde sağlık problemi yaşamadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Gebelerin şimdiki doğumları için, %68,1'inin vajinal doğum, %25,2'sinin ise sezaryenle doğum yapmayı planladıkları ve %6,6'sının ise doğum şekli konusunda kararsız oldukları öğrenilmiştir(Tablo 4).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede planlanan doğum şekli ile infertilite tedavisi alma ve kürtaj öyküsü olma durumu açısından fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Sezaryen doğumu tercih edenlerin %29,4'ünün obstetrik öykülerinde abortus olduğu ve bu oranın vajinal doğum tercih edenlerde %17,3 olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Daha önce düşük yapan kadınların %38,5'i ve daha önce küretaj öyküsü olan kadınların %42,9'u sezaryenle doğum yapmak istediklerini belirtmiştir. Gebelik aylarına göre planladıkları doğum şeklinin dağılımına bakıldığında; 3 aylık gebelerin %85,2'sinin vajinal doğumu tercih ederken, 8 aylık gebelerin % 32,1'inin,9 aylık gebelerin ise % 37'sinin sezaryenle doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Doğum tercihi ile gebelik ayı arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre planlanan doğum şeklinin dağılımı

Özellikler	Doğum Tercihi						Önemlilik
	Vajinal N(184) %		Sezaryen N(64) %		Toplam N(252)* %		
Yaş							
18 ve altı	6	3,26	0	0	6	2,40	X²=24.568 p =0.000
19-29	135	73,4	32	47,1	167	66,3	
30-34	28	15,2	22	32,3	50	19,8	
35-44	15	8,15	14	20,6	29	11,2	
Eğitim Durumu							
Okur yazar değil	5	2,72	0	0	5	2,00	X²=5.632 p =0.344
Okuryazar	3	1,63	0	0	3	1,20	
ilkokul	43	23,4	13	19,1	56	22,2	
Ortaöğretim	41	22,2	14	20,6	55	21,8	
Lise	45	24,5	16	23,5	61	24,2	
Yüksekokul-Üniversite	47	25,5	25	36,7	72	28,6	
Eşinin Eğitim Durumu							
Okur yazar değil	2	1,89	0	0	2	0,80	X²=3.617 p =0.460
Okuryazar	0	0	0	0	0	0	
ilkokul	34	18,5	16	23,5	50	19,8	
Ortaöğretim	29	15,8	6	8,90	35	13,9	
Lise	56	30,4	19	27,9	75	29,8	
Yüksekokul-Üniversite	63	34.2	27	39,7	90	35,7	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	42	22,8	24	35,3	66	26,2	X²=3.993 p =0.046
Çalışmıyor	142	77,2	44	64,7	186	76,8	
Aile Tipi							
Çekirdek aile	133	72,3	53	77,9	186	73,8	X²=0.822 p =0.364
Geniş aile	51	27,7	15	22,1	66	26,2	

Tablo 5 Devamı.Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre planlanan doğum şeklinin dağılımı

Özellikler	Vajinal		Sezaryen		Toplam		Önemlilik
	N(184)	%	N(68)	%	N(252)*	%	
Eşinin Mesleği							
Serbest meslek	75	40,8	20	29,4	95	37,7	X²=3.929 p =0.560
İşçi	50	27,2	19	27,9	69	27,4	
Çiftçi	6	3,26	4	5,90	10	4,00	
Memur	48	26,1	22	32,3	70	27,8	
Emekli	1	0,54	1	1,55	2	0,80	
Çalışmıyor	4	2,17	2	2,95	6	2,40	
Aile Tipi							
Çekirdek aile	133	72,3	53	77,9	186	73,8	X²=0.822 p =0.364
Geniş aile	51	27,7	15	22,1	66	26,2	
Sosyal Güvence							
Var	162	88,0	64	94,1	226	89,7	X²=1.980 p =0.364
Yok	22	11,2	4	5,9	26	10,3	
Yaşadığı Yer							
Köy	21	11,4	7	10,3	18	1,1	X²=0.184 p =0.912
İlçe	10	5,40	3	4,40	13	5,20	
Şehir merkezi	153	83,2	58	85,3	211	83,3	
Gebelik ayı							
1	22	11,9	7	10,3	29	11,5	X²=6.051 p =0.642
2	19	10,3	10	14,7	29	11,5	
3	23	12,5	4	5,90	27	10,7	
4	22	11,9	6	8,85	28	11,1	
5	22	11,9	6	8,85	28	11,1	
6	19	10,4	9	13,2	28	11,1	
7	21	11,4	7	10,3	28	11,1	
8	19	10,4	9	13,2	28	11,1	
9	17	9,30	10	14,7	27	10,7	
Düşük öyküsü							
Var	32	17,4	20	29,4	52	20,6	X²=4.381 p =0.036
Yok	152	82,6	48	70,6	200	79,4	

Tablo 5 Devamı. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre planlanan doğum şeklinin dağılımı

Özellikler	Vajinal		Sezaryen		Toplam		Önemlilik
	N(184)	%	N (68)	%	N(252)*	%	
Kürtaj öyküsü							
Var	8	4,40	6	8,80	14	5,60	$X^2=1.896$ $p=0.169$
Yok	176	95,6	62	91,2	238	94,4	
Ölü doğum öyküsü							
Var	3	1,60	1	1,50	4	1,60	$X^2=0.008$ $p=0.928$
Yok	181	98,4	67	98,5	248	98,4	
Tıbbi yardım alma							
Evet	21	11,4	11	16,2	32	12,7	$X^2=1.016$ $p=0.313$
Hayır	163	88,6	57	83,8	220	87,3	
Sağlık problemi yaşama							
Evet	35	19,0	11	16,2	46	18,3	$X^2=0.269$ $p=0.313$
Hayır	149	81,0	57	83,8	206	81,7	
Gebeliği isteme durumu							
Evet	161	87,5	52	76,5	213	84,5	$X^2=4.617$ $p=0.032$
Hayır	23	12,5	16	23,5	39	15,5	
Toplam	184	73,0	68	27,0	252	100	

*: Doğum tercihi belli olmayan 18 kadın hariç

5.TARTIŞMA

Doğum şekli tercihlerinin temelinde doğumdan beklentiler yer almaktadır. Kadınların doğum deneyiminden memnun olmaları, doğum ve doğum sonu sürecini etkilemede önemli bir faktördür. Bu nedenle kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak ve bu süreçte ihtiyaçları olan bilgi, destek ve bakımı verebilmek açısından doğum şekli ile ilgili tercihlerini belirlemek ve karar sürecine katılmalarını sağlamak önemlidir.

Yapılan bir çok çalışmada kadınların çoğunun vajinal doğumu tercih ettiği ve tercih nedenlerinin çalışmamızla benzer olduğu belirlenmiştir [54,55,56]. Doğum fizyolojik ve evrensel bir olaydır bu nedenle de tüm çalışmalarda tercih nedenleri benzerlik göstermektedir.

Çalışmada kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiği, karar verirken en çok doktorundan, daha sonra annesinden, yakın akrabala-

rından ve kayınvalidesinden etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4). Bu sonuçların toplumumuzun kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Toplumumuzda doğum sonrası dönemde ilk birkaç hafta kadının annesi ya da yakın akrabaları tarafından bakılması geleneksel bir uygulamadır. Bundan dolayı annenin ya da yakın akrabaların doğumla ilgili kararlarını etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryenle doğum oranları yıllara göre artış göstermektedir. Türkiye’de sezaryenle doğum oranı 1988-1992 yılları arasında %8,0’iken, 1993-1998 ‘de %19,0’a ve en son 2013 TNSA verilerine göre de %48,1’e yükselmiştir.

Bu değerler DSÖ’ün belirlediği sezaryen oranlarının çok üzerindedir. Türkiye’de İstanbul’da 2008’de kadınların 1/3’ünün, 2006’da Afyon’da 2/3’ünün ve 2006-2007 yıllarında ABD’de kadınların yaklaşık 1/7’sinin, aynı yıllarda Taiwan’da yaklaşık 1/3’ünün sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır [57,58]. Doğum şekli tercihlerinde belirgin bölgesel ve ülkeler arası farklılıklar göze çarpmaktadır. Sezaryenle doğum oranları uygulanan sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar ile değişiklik göstermektedir.

2004’te Ankara’da kadınların yaklaşık 1/7’si, 2006’da Eskişehir’de ve Afyon’da gebelerin yaklaşık 1/4’ü, bizim çalışmamızda ise gebelerin 1/4’ü sezaryenle doğum yapmayı planladığını belirtmiştir [59,60,61].Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de teknolojinin ve cerrahi tekniklerinin gelişmesi, anestezi yöntemlerinde güvenliğinin artması, annelerin doğum sancısı ve doktorların tıbbi hata nedeniyle yaşadığı anksiyete gibi nedenlerle sezaryen doğum daha fazla tercih edilmektedir [62,63].

Doğum şekli kararında sezaryen doğum şekli için endikasyon doktor tarafından belirlenmeli, kadına ve ailesine yeterli bilgi verilerek onayları alınmalıdır. Herhangi bir endikasyon yoksa da yeterli bilgilendirme yapılarak en uygun yöntem kadını, ailesi ve doktor birlikte karar vermelidir. Çalışmada kadınların %52,6’sının doğum şekline karar vermesi gereken kişi olarak doktoru ile birlikte kendisini gördüklerini ve %24,8’inin ise doğum şekline doktorunun karar vermesi gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4). Bunun nedeninin kadınların çoğunluğunun doğum şekilleri konusunda kendilerini yeterli bilgiye sahip olarak görmemeleri ve sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında yeterli bilgilendirme ve danışmanlık hizmetini vermemeleri olduğu düşünülmektedir.

Kadınların doğum şekline yönelik bilgi aldıkları kaynaklar literatürle karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan kadınların hepsi sağlık kontrolleri için devlet hastanesine gitmektedir ve devlet hastanelerinde ise muayene ve izlemler doktorlar tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle kadınların gebelikleri boyunca en çok iletişime girdiği sağlık personeli doktorlardır ve doğum hakkında bilgi almak için en çok başvurdukları sağlık personeli olarak doktorları ifade etmeleri de olağan bir sonuçtur.

Çalışmamızda 18 ve altı yaş grubunda en çok tercih edilen doğum yöntemi vajinal doğum iken, 35-39 yaş grubunda ise en çok sezaryen doğum tercih edilmektedir. Planlanan doğum tercihi ile yaş arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Karabulut'un [64] çalışmasında vajinal doğumu tercih edenlerin % 56,6'sı 20-29 yaş grubunda ve sezaryen doğumu tercih edenlerin ise %41,5'inin 30-39 yaş grubunda olduğu rapor edilmiştir. Çalışmada, literatürle benzer şekilde yaş arttıkça sezaryen oranlarının arttığını belirlenmiştir [55,59,67]. Bir çok çalışmada yaş arttıkça malprezantasyon, ilerlemeyen eylem, iri bebek, fetal distres, preeklamsi, plasenta previa gibi endikasyonların arttığı belirtilmektedir [67,68]. Bu nedenle yaş arttıkça sezaryen oranlarının artması doğal bir sonuç olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada, kadınların eğitim düzeyi ile sezaryenle doğumu tercih etme arasında ki-kare eğimi anlamlı olsa da istatistiksel fark ($p > 0.05$) önemsiz bulunmuştur (Tablo 5). Öğrenim düzeyi daha yüksek olanların daha fazla sezaryen doğumu tercih ettiği bildirilmiştir. Sayiner ve ark. [67] yapmış olduğu çalışmada da öğrenim düzeyi lise ve üzerinde olanların % 60'ının sezaryen doğumu tercih ettikleri, öğrenim düzeyi arttıkça sezaryen doğum oranının anlamlı bir şekilde arttığı rapor edilmiştir.

Eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda araştırma isteği artmakta, normal doğumdan korkma daha fazla olduğu için sezaryen tercihi eğitilmiş kadınlarda daha fazla oranda olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda da öğrenim durumu arttıkça doğum tercihi sezaryen yönünde olduğu belirtilmektedir. Duman ve ark.'nın [68] yaptığı çalışmada kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça sezaryen oranının arttığı tespit edilmiştir.

Taffel [69] çalışmasında gebelik yaşının yükselmesi, gebe kalma yaşının ertelenmesi, sosyokültürel ve eğitim düzeyinin yükselmesinin sezaryen oranının arttığını belirtmiştir.

Karabulut'un [64] yaptığı bir çalışmada sezaryen doğumu tercih edenlerin %17,9'unun obstetrik öykülerinde abortus olduğu ve bu oranın vajinal doğum tercih edenlerde %6,6 olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada, düşük öyküsü olanlar arasında sezaryen doğum daha fazla tercih edilmektedir ($p<0.05$). Bu durumun nedenlerinden biri, daha önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan kadınların, vajinal doğumda bir komplikasyon yaşamalarından korkmalarından dolayı sezaryen doğumu tercih etmeleri olabilir.

Çalışmamızda gebeler doğumdan sonra daha çabuk iyileşme olması, doğal olması ve doğum sonu dönemin daha az ağrılı olması gibi nedenlerle normal vajinal doğumu tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Hopkins'in [15] çalışmasında kadınların çoğunun normal doğumu tercih ettiği ve normal doğumu sezaryen doğuma oranla daha üstün buldukları bildirilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda kadınların normal doğumu tercih etme nedenleri arasında doğumun normal bir olay olması, kontrol duygusunun elinde olması, normal doğumu deneyimlemek isteme, erken iyileşme ve hastaneden erken taburcu olmak için, daha düşük komplikasyon oranları, anestezi yada operasyon korkusu, anne için güvenli olması, bebeğe daha iyi bağlanma, doğum sonu dönemin daha ağrısız olması, "sağlık için daha uygun" olduğunu düşünme, bebeğin hemen emzirilebilmesi, güvenilir olduğunu düşünme, "normal doğumun en iyi olduğunu" düşünme ve eşin normal doğum konusunda karısını desteklemesi sayılmaktadır [61,67]. Bu bulgularda bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Saymer ve ark.'nın [67] çalışmasında; sağlık çalışanlarında doğum ağrısı, bebeğe travma olabileceği korkusu, doktor önerisi ve sosyal nedenler sezaryen tercihinin nedenleri arasında yer almaktadır. Quinlivan ve ark. çalışmasında [70] sezaryen doğumun en sık sebepleri arasında fetal distres ve ilerlemeyen doğum eylemi olduğu bildirilmektedir. Erkaya ve ark.'nın [71] çalışmasında ise sezaryen sebebi olarak eski sezaryen vakaları, distosi ve fetal distres ilk üç sırada yer almaktadır. Tozlu [56]'nın çalışmasında da benzer şekilde kadınlar sezaryen tercih nedeni olarak en fazla ağrıdan korkmayı ifade ettikleri rapor edilmiştir. Türkiye'de ağrısız normal doğum uygulamalarının oranı düşüktür. Yapılan bazı çalışmalarda kadınların ağrısız olduğu için sezaryen yöntemini tercih ettikleri, bazılarında ise kadınların sezaryen yöntemi ile doğumu daha güvenli olduğu için tercih ettikleri bildirilmiştir [61,67,68,70].

Bizim çalışmamızda da sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında ise en fazla doğum ve doğum ağrısından korkma, kıymetli bebek/tedavi ile hamile kalmak gibi sebepler yer almaktadır. Bizim sonuçlarımızda literatürle benzerlik göstermektedir. Gebeliği planlama/isteme durumları kadınların gebeliğe uyumunu gösteren bir değişken olarak düşünülmüş ve doğum şekli tercihini etkileyebileceği öngörülerek istatistiksel analiz yapılmıştır. Çalışmada gebe kadınların %15'nin gebeliklerini planladıkları belirlenmiştir. Bu durum ise kadınların hala etkili bir şekilde aile planlaması yöntemi kullanmadıklarının bir göstergesi olmaktadır. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'deki çiftlerin %23'ünün hala aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirlenmiştir[29]. Çalışmada kadınların gebeliği planlama/isteme durumları ile doğum şekli tercihleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). İstemeden gebe kalan kadınların % 41'i sezaryenle doğum yapmak istemektedirler (Tablo 5).

Sağlık Bakanlığı anne sağlığını korumak amacıyla ülke genelinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında doğum eylemi ve sonuçlarının izlenmesi çalışmalarına başlamıştır. Bu çerçevede sezaryen endikasyonları ve sonuçlarının izlenmesi de önemlidir. Modern doğum hekimliğince önerilen tıbbi gerekçe ve endikasyonlara uyulması, hasta dosyalarına kayıtların belirli bir formda ve uygulama birliği içinde, detaylı ve doğru olarak yazılması, istatistiklerin düzgün tutulması ve etik kurallara uyulması bu hedefe ulaşmayı sağlayacak en önemli önlemlerdir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Çalışmamızda yer alan 270 kadının %68,1'i vajinal doğum, %25,2'si sezaryenle doğum yapmayı planladıkları ve %6,6'sı ise kararsız olduklarını ifade etmişlerdir. Planlanan doğum şekli ile ilgili olarak, vajinal doğumu tercih etme sebepleri arasında en fazla, doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme (%49,4), daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme (%38,1), anne için daha sağlıklı olacağını düşünme (%33,3), en çok tercih edilen sebepler olarak belirtilmiştir. Bunun yanında %8,06'sı ise ameliyattan korktukları için normal doğum yapmak istediklerini belirtmiştir.

Sezaryenle doğum yapmak isteyen gebelerin %19,1'i kendi tercihi olduğunu ve bu gebelerin %53,8'i doğum ağrısından korktukları için, %23,1'i ise tedavi ile

hamile kaldıkları için sezaryenle doğumu tercih ettiğini belirtmiştir. Bunun yanında %23,1'i ise tüp ligasyonu için sezaryenle doğum yapmak istediklerini bildirmiştir. Sezaryenle doğumu tıbbi endikasyon nedeniyle planlayan gebelerin, %56,3'ü tekrarlayan sezaryen sebebiyle, %29,1'i ise çoğul gebelik sebebiyle tercih ettiğini bildirmiştir.

Kişinin eğitim düzeyinin, eşinin eğitim düzeyinin, gebelik haftasının doğum yöntemi tercihini etkilemediği sonucuna varılmıştır. Planlanan doğum şekli ile yaş, çalışma durumu, daha önce düşük yapma ve gebeliği isteme durumları arasındaki fark önemli bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmaya katılanların normal doğum, sezaryen ile doğum ve ağrısız doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Tüm dünyada genel olarak zaman içinde sezaryen oranı giderek artmaktadır. Bu artışın sebepleri arasında isteğe bağlı sezaryen doğum oranlarının artması önemli yer tutmaktadır. Kadınların korkularını azaltmaya yönelik bilgilendirme çalışmalarının yapılmasının gerekliliği açıktır. Kadınların tutum ve inançlarının dikkate alınarak antenatal bakım verilmesi ve normal doğum konusunda cesaretlendirilmeleri hususunda bilgilendirme çalışmalarının yapılması yararlı olacaktır. Ayrıca sezaryen oranlarının azaltılarak anne ve bebek sağlığı açısından daha iyi olan normal doğumun teşvik edilmesi amacıyla, SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)'nde sezaryen ve vaginal doğumla ilgili performans puanlarında ciddi düzenlemeler yapılması uygun olacaktır.

Sezaryen oranlarının düşürülerek normal doğumun teşvik edilmesi gerekliliği, hem maternal ve fetal mortalite ve morbidite açısından hem de ulusal maddi yük açısından yadsınamaz bir gereksinimdir.

Bu sonuçlara dayanarak; başta doğum hizmetini veren tüm sağlık çalışanları olmak üzere doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelere/çiftlere konuya ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetinin planlanması ve uygulanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- [1] Taşkın, L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. IX. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 275.
- [2] Todman, D. A. (2007). History of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Obstet and Gynecol*, 47: 357-361.
- [3] Littleton, L. Y. (2002). *Maternal, Neonatal and Woman's Health Nursing*. Delmar Thomson Learning, Newyork, USA.
- [4] Sayiner FD, Özerdoğan N (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; (2)3:143-148.
- [5] Thivierge B. (2006). Caesareansection, *encyclopedia of Medicine Report*. Erişim 23.08.13. <http://www.findarticles.com>.
- [6] Dölen, İ., Özdeğirmenci, Ö. (2004). Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye'de ve Dünyada güncel nedir?. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Derg.*;7: 113-117.
- [7] Konakçı, S. K. Kılıç, B. (2004). İzmir'de sezaryen ile doğum oranları ve buna etki eden faktörler. *Jinekoloji-Obstetrik Derg.*, 16(2): 88-95.
- [8] Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. (2009). *Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi*. *Marmara Medical Journal*;22(2);104-110.
- [9] Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M (2000): 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları. *Perinatoloji Dergisi*; 8 (3-4): 94-98.
- [10] Özgünen, T., Evruke C. (2001). Sezaryen. *Beksac, S. (Ed.). Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 1322-1328.
- [11] World Health Organisation. (1969). *Prevention of perinatal morbidity and mortality*. Geneva: WHO; Public Health Papers 4
- [12] Demir N. (2001). Normal Doğum. In: *Beksac MS, Demir N, Koç A, Yüksel A (eds). Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji*. Ankara: Medical Network;:1258-1298
- [13] Cunningham FG, Gant NF, Leveno K. (2001): Cesarean section and postpartum hysterectomy In: *Williams Obstetrics*. 21st Ed 2001 p:537- 65
- [14] Smith RB, Lane C, Pierson JF. (1994) Shoulder dystocia: What happens in the next delivery? *Br J Obstet Gynecol* ; 101: 713-715
- [15] Güngör ES, Ertaş E, Moröy P, Çelen Ş, Danışman N, Mollamahmutoğlu L. (2005). Sezaryen sonrası vajinal doğum: güvenli midir?. *Perinatoloji Dergisi*;13(4):208-12.
- [16] Uludağ S, Azli TM, İnen C, Ocak V. (1994) Boyunda kordon dolanmasının doğum eylemi üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*; 2: 251-254
- [17] Hostetler Dr, Bosworth MH. (2000) Uterin inversiyon: a life threatening obstetric emergency. *J Am Board Fam Pract*; 13: 120-123
- [18] Mirak T, Özdemir A, Güler A, Atlı Ö, Taner C, Derin G. (2004) Hypogastric Artery Ligation for life threatening obstetric hemorrhage. *Medical Journal of Kocatepe*; 5: 41-44
- [19] Yamani Zamzami TY. (2003) Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*; 268: 131-135
- [20] Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. (2006) Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi*. 33; 4: 227-230

- [21] Speert H. Obstetri ve jinekoloji: tarih ve ikenografi, San Francisco: Normal publishing, 1994: 270-281
- [22] Kronig B.(1912) Transperitonealer cervikaler Kaiserschnitt. In Doderlein A,Kronig B (eds): Operatif gynekologie.p 879
- [23] De Charney AH, Nathan L.(2003) Cesarean Section In: Current Obstetric andGynecologic Diagnosis and Treatment. 518-529.
- [24] Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. (2007).Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması.TJOD Dergisi; 4: 168-172.
- [25] Gilstrap LC, Cunningham FG, Vandorsten PJ.(2002). Ceserean Delivery In: OperativeObstetrics. Appleton and Lange:257-273
- [26]WHS2010; URL:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10.29/12/2011.
- [27] Gül A, Şişme Y. (1998). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1996-1998 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Perinatoloji Dergisi;6:10-12.
- [28] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara:2008.
- [29] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara:2013.
- [30] Dayan A. (1999). Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen insidansı veendikasyonlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi.
- [31]Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010: URL:
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html>. 29/12/2011.
- [32]Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML.(1993). Iatrogenic respiratorydistress syndrome following elective repeat cesarean delivery.Obstet Gynecol.;81:392-95
- [33]Flamm BL, Geiger AM.(1997). Vaginal birth after cesarean delivery:an admission scoring system. ObstetGynecol 341; 90: 907- 10.
- [34] American College of Obstetricians and Gynecologists: Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery,Washington DC American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin1998,No:2
- [35]Martins ME.(1996).Vajinal birth after delivery. Clinic Perinatology;23:141.
- [36] Turner MJ.(1997).Delivery after one previous cesarean section american journal of obstetric and gynecology:176, 741.
- [37] McMahan MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF.(1996).Comparison of a trial of labor with an elective secondcaserean section. New England Journal Medical ;335: 689.
- [38] İnceç M, Kumtepe Y, Özdiller O, Coşgun S, Kadanalı S. Sezaryen sonrası vajinal doğum. TürkiyeKlinikleri Obstetrik-Jinekoloji 2002;14: 96-100.
- [39]Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M. (2001).Sezaryen sonrası vajinal doğumun güvenilirliği. Türkiye KlinikleriJinekoloji Obstetrik Dergisi;11:224-7.

- [40]Güngör ES, Ertaş E, Moröy P, Çelen Ş, Danişman N, Mollamahmutoğlu L. (2005).Sezaryen sonrası vajinaldoğum:güvenli midir?. Perinatoloji Dergisi;13(4):208-12.
- [41]Jackson NV, Irvine LM.(1998). Influence of maternal request on the elective cesarean section rate. Journal ofObstetric Gynecology;18(2):115-19.
- [42] Yıldırım G, Özdemir İA, Aslan H, Gülkılık A.(2006). Miadında makat doğumlardaerken neonatal sonuçlar. Perinatoloji Dergisi; 14 (2): 66-72
- [43] Venture SJ, Martin JA, Curtin SC, Mathews TJ.(1998). Report of final natality statistics,1996. Monthly vital statistics report; 46(11): 1-99
- [44]Revenis ME, Johnson –Robbins LA.(1999). Multiple gestations. In: Avery GB, FletcherMA, MacDonald MG (eds). Neonatology pathophysiology and management of the newborn. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins ; 473-482
- [45] Dafallah SE, Yousif EM.(2004). A comparative study of twin and triplet pregnancy. Saudi Med J; 25: 502-506
- [46] Kontopoulos EV, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM.(2004). The impact of routeof delivery and presentation on twin neonatal and infant mortality: a populationbasedstudy in the USA, 1995- 97. J Matern Fetal Neonatal Med; 15: 219-224
- [47] Lilford RJ, Van Coeverden de groot HA, Moore PJ, Bingham P.(1997). Therelative risk of cesarean section (intrapartum end elective) and vaginal delivery: A detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acut epreexisting physiological disturbances. Br J Obstet Gynaecol: 883, 1990
- [48] Isaacs JD, Magann EF, Martin RW, Chauhan SP, Morrison JC.(2014). Obstetric challenges of massive obesity complicating pregnancy. J Perinatol:10, 1994
- [49]PerlowJH,Morgan MA.(1994).Massive maternal obesity and perioperativecesarean morbidity. Am J Obstet Gynecol 170:560
- [50]Çicek MN, Akyurek C, Cetin C, Haberal A.(2006).Normal doğum: KadınHastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı sy:217- 237
- [51]Basket TF, Mc Millian RM.(1981). Cesarean section: Trends and morbidity. Canmed assoc J; 125:723
- [52] Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. (1997). Clinical risk factors for plasentaprevia-plasenta accreta. Am J Obstet Gynecol 177:210
- [53] Seago DP, Roberts WE, Jhonson VK, Martin RW, Morrison JC, Martin JN.(1999).Planned cesarean hysterectomy: A Prefarred alternative to separateoperations. Am J Obstet Gynecol 180:1385
- [54] Aslam MF, Gilmour KR, Fawdry DS.(2003). Who wants a caesarean section? a study of woman’s personelexperience of vaginal and caesarean delivery. Journal of Obstetrics and Gynaecology;23(4):364-66.
- [55] Ryding EL.(1993). Investigation of 33 woman who demanded a cesarean section for personal reasons. Acta.Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica;72:280-285.
- [56] Tozlu A.(2003). Gebe kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım gereksinimlerinin incelenmesi.3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı:204.

- [57] Şahin N, Dinç H, Dişsiz M.(2009). GebelerinDoğuma İlişkin Korkuları ve EtkileyenFaktörler. Zeynep Kamil Bülteni;(40):2:57-62.
- [58] Chu KH, Tai CJ, Hsu CS, Yeh MC andChien LY.(2010). Women's Preference for CesareanDelivery and Differences BetweenTaiwanese Women Undergoing Different Modes of Delivery.BMC Health ServicesResearch; 138 (10):1-9.
- [59]Tatar M, Gunalp S, Somunoğlu S, Demiral A.(2000). Women's perceptions of caesarean section: reflectionsfrom a Turkish teaching hospital. Social Science and Medicine;50(9): 1227-33.
- [60] Konakçı SK, Kılıç B.(2002). Sezaryen ile DoğumlarArtıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi;1(4): 286-288.
- [61] Yaşar Ö, Şahin FK, Coşar, E, Köken NG,Cevrioğlu AS.(2007).Primipar Kadınların DoğumTercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler.Türkiye Klinikleri Jinekoloji-ObstetrikDergisi; 17(6):414-420.
- [62] Gözükarar F, Eroğlu K. İlk DoğumunuYapmış Kadınların (Primipar) DoğumŞekline Yönelik Tercihlerini EtkileyenFaktörler. Sağlık Bilimleri FakültesiHemşirelik Dergisi; 15(1):32-46.
- [63]Niino Y.(2008). The Increasing Cesarean RateGlobally and What We Can Do About It. BioScience Trends; 5(4):139-150.
- [64]Karabulut Ö.(2012).Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi; 20: 210-218.
- [65] Qublan H, Alghoweri A, Al-Taani M.(2002).et al. Cesarean section rate: the effect of age and parity. JournalObstetrics and Gynecology;28(1): 22-25.
- [66] Tang S, Li X, Wu Z.(2006). Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidencefrom three nationwide household health surveys. American Journal of Obstetrics and Gynecology:1-6.
- [67] Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S,Özdemir E, Savcı A.(2009). Kadınların Doğum ŞekliTercihlerini Etkileyen Faktörler. PerinatolojiDergisi;17(3):104-112.
- [68]Duman Z, Nadirgil G, Kırşahin F, Coşar E, Dağıstan TA, Aral İ.(2007). Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji Dergisi; 15: 7-11.
- [69]Taffel SM.(1994).Cesareandelivery in the United States.VitalHealth Stat;21:1-.4
- [70]Quinlivan J, Peterson R, Nichols C.(1999). Patient preference theleading indication for elective cesarean section in public patients results of a 2 year prospective audit in teaching hospital. Aust N Z J Obstet. Gynecol; 39: 207-214.
- [71] Erkaya S, Kutlar İ, Kara F, Uygur D.(1999). Yükselen sezaryen oranlarımızın nedenleri (1983-1996). Klinik Bilimler&Doktor; 5: 674-679.

EKLER

EK 1.

'Kadınların sezaryen doğum tercihleri ve etkileyen faktörler' Tez Çalışması

Anket Soruları

1. Yaşınız? ()18 ve altında ()19-24 ()25- 29 ()30 -34
()35- 39 () 40-44 ()45-49
- 2.Eğitim durumunuz? () Okuryazar değil
() Okuryazar
()İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
()Yüksekokul-Üniversite mezunu
- 3 . Eşinizin eğitim durumu ?
()Okuryazar değil
()Okuryazar
()İlkokul mezunu
()Ortaokul mezunu
()Lise mezunu
()Yüksekokul-Üniversite mezunu
- 4.Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? () Evet ()Hayır
5. Eşinizin mesleği nedir ? () Serbest meslek () İşçi () Çiftçi
() Memur () Emekli () Çalışmıyor
6. Evde kaç kişisiniz? Kimler?7.
Sosyal güvenceniz var mı ? () Var ()Yok
8. Yaşadığınız yer ? () Köy () İlçe () Şehir merkezi
9. Son adet tarihinizin ilk günü ?.....
Gebelik haftası: 4 ve altı () 5-8. Hafta () 9-12.Hafta()
13-16. hafta () 17-20.hafta () 21-24 Hafta () 25-28. Hafta ()
29-32. hafta () 33-36. Hafta () 37 ve üzeri ()
10. Bu kaçınıcı gebeliğiniz? () 1. () 2. () 3. ve üzeri
(Not : İlk gebelikse 14. Soruya geçilecek)
11. Yaşayan kaç çocuğunuz var ? () yok () 1 () 2 () 3 ve üzeri

12. Daha önce düşük yaptınız mı ? () Evet () Hayır
13. Hiç kürtaj oldunuz mu ? () Evet () Hayır
14. Hiç ölü doğum yaptınız mı : () Evet () Hayır
15. Şu anki gebeliğiniz? () Tekli () Çoğul gebelik
16. Gebelik kontrolleri için buraya kaçınıcı gelişiniz ?
() 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri
17. Gebelik kontrolleriniz için bu hastaneden başka bir yere gittiniz mi ?
Evet () () Hayır
18. Gebelik kontrollerinizi kim yapıyor ? () Hekim () Ebe –hemşire
19. Bu gebeliğinizi istiyor muydunuz ? () Evet () Hayır
20. Gebeliğiniz için tıbbi yardım aldınız mı ? () Evet () Hayır
21. Bu gebelik sürecinizde herhangi bir sağlık sorununuz oldu mu ?
() Evet (.....)
() Hayır
22. Son doğumunuzu nasıl yaptınız ? () Vajinal doğum
() Sezaryen
() Hiç doğurmamış
- (Not : cevap vajinal doğum ise 25. Hiç doğurmamışsa 26. soruya atlanacak)
23. Sezaryen olma nedeniniz ? () Kendi tercihim
() Tıbbi endikasyon nedeniyle
24. Sezaryenden memnun oldunuz mu? () Evet () Hayır
25. Vajinal doğumdan memnun oldunuz mu ? () Evet () Hayır
26. Şu anki gebeliğiniz için düşündüğünüz doğum şekli nedir ? () Sezaryen
() Vajinal doğum
() Kararsız
- (Not : Cevap, vajinal doğum ise 30., kararsız ise 31. soruya atlanılacak)
27. Şu anki gebeliğiniz için sezaryeni tercih etme sebebiniz nedir ?
() Kendi tercihim () Tıbbi endikasyon nedeniyle
28. Sezaryeni tercih etme sebebiniz nedir ?
() Doğumdan /doğum ağrısından korkma
()Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme

- Kıymetli bebek / tedavi ile bebek sahibi olma
- Gebelik sürecinde yaşadığı sağlık problemleri
- Doktorların önerisi
- Eşimin isteği ile
- Diğer

29.. Sezaryen tercihiniz tıbbi endikasyon kaynaklı ise sebebi nedir ?

- Bebekle ilgili sorun nedeniyle
- Anneyle ilgili sorun nedeniyle
- Tekrarlayan sezaryen
- Çoğul gebelik
- Diğer

30. Vajinal doğumu tercih etme nedeniniz nedir ?

- Daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme
- Doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme
- Anne için daha sağlıklı olacağını düşünme
- Çevredekilerin önerileri ve tavsiyeleri
- Sezaryenden / ameliyattan korkma
- Bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme
- Gebelik boyunca her şeyin normal olduğunu düşünme
- Doktorların önerisi
- Doğal yöntem olduğunu düşünme
- Doğum deneyimini yaşamak isteme
- Eşin isteği

31. Doğum şekli kararınızı etkileyen kişiler? Kendi Anne() Eş

Yakın akraba Kayınvalide() Doktor Komşu/arkadaş

Sağlık personeli olan akraba/arkadaş Diğer

32. Doğum şekline karar vermesi gerektiğini düşündüğünüz kişi?

Doktorum ile birlikte kendim

Doktorum

Eşim ile birlikte

Kendim

EK 2.



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “kadınlarda sezaryen doğum tercihi ve etkileyen faktörler”dir.

Bu araştırmanın amacı, gebelerin doğum şekillerini sezaryen mi yoksa vajinal doğum mu olarak tercih etmeleri ve tercihlerini etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Ayrıca günümüzde giderek artan sezaryen doğum oranlarına dikkat çekmek ve gebe kadınlara sağlık hizmeti sunan ebe, hemşire ve hekimlerin aldığı kararlar için kanıt oluşturması ve bu konudaki bilim dünyasına önemli katkılar sağlaması beklenmektedir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yer almanız için poliklinikte muayene öncesi veya sonrası bir defa görüşmek yeterli olup, sonrası için herhangi bir takip gerektirmeyecektir. Araştırmada 15 Şubat 2015 -15 Mart 2015 tarihleri arasında sizin gibi gönüllüler yer alacaktır.

Araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Ayrıca araştırma size yönelik muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri gerektirmemektedir. Araştırmacı tarafından size bir anket uygulanacaktır. Anket sizin yaş, eğitim düzeyi, aile üyelerinin sayısı, gelir durumu vb. gibi kişisel özellikleri ve daha önceki doğumlarınız gebelik öyküleriniz ve sezaryen doğuma bakış açınızı değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Anket uygulamasının 15-20 dk. süreceği tahmin edilmektedir, ancak size soruları cevaplamanız için isteğinize göre yeterli süre verilecektir. Sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmanın masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmayla ilgili herhangi bir sıkıntınız olduğunda Hemşire Sinem oban a ulaşabilirsiniz (Sivas Devlet Hastanesi yoğun Bakım Servisi- 05068129729). Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve szlu olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve szlu olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK 3.**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kadınların sezaryen doğum tercihi ve etkileyen faktörler
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2014-12/03	Tarih: 17.12.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Zeynep Sümer

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Dış Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Dış Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhaddin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kadınların sezaryen doğum tercihi ve etkileyen faktörler
-----------------------	--

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ferit Koçoğlu / Yüksek lisans tez öğrencisi Sinem Çoban
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:



EK 4.

10 Şub 2015 9:46 HP Faks

syf. 1



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 75723911/044-349
Konu : Sinem ÇOBAN KOCA Anket
Çalışması Hk.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: a) 27.01.2015 tarihli ve 30182376-169/305 sayılı yazınız.
b) TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının 19.06.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sinem ÇOBAN KOCA'nın "Kadınların Sezaryen Doğum Tercih ve Etkileyen Faktörler" konulu tezinin anket çalışmasını Sivas Devlet Hastanesinde yapması; ilgi b) yazı gereği, çalışmaların Sağlık Tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi ve sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. Yavuz ORAK
Genel Sekreter

Bu evrakın 5070 Sayılı Kanun gereğince
e-imza ile imzalandığı tasdik olunur.
16-02-2015 Vedat ER...
Evrak Kayıt Yetkilisi

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kadı Burhanettin Mah. Demiryolu Cad. No:7 Kat:3 (Eski Demiryolu Hastanesi) 58000
Açılış bilgisi için: 0346 225 80 80/ 81-82-83 Dahili: 309 Fax: 0346 225 80 88
E-Posta: gulsemir.eren@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0fe5a645-de78-4f51-b99d-ecbdd39efb1c kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler :

Adı Soyadı	Sinem Çoban Koca
Doğum Yeri ve Tarihi	Ardahan,22/03/1991
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı 58140-Sivas
E-posta Adresi	sinem_ardahan@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu :

Lise	80. yıl Ardahan Anadolu Lisesi, 2008
Lisans	Artvin Çoruh Üniversitesi, 2012
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2013-

İş Tecrübesi :

Sağlık Bakanlığı	Hemşire, 2013-
------------------	----------------