



Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı

**DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNE YÖNELİK  
TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sema OKTAY

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Özlem DURAN

Sivas  
Ocak, 2012

**DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNE YÖNELİK  
TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sema OKTAY

Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin  
Ebelik Anabilim Dalı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.

Sivas  
Ocak,2012

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 7 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Ebelik eğitimimde emeği geçen hocalarıma,

Araştırma sırasında bana yol gösteren ve destekleyen danışman hocam  
Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN'a,

Araştırma uygulanmasını yapılabilmem için gerekli ortamı sağlayan Cumhuriyet  
Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, zel Sivas  
Anadolu Hastanesi yöneticileri ve meslektaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve değerli katkılar veren tüm katılımcı  
annelere,

Tez sürecinde benden desteğini esirgemeyen aileme sonsuz teŐekkürlerimi  
sunarım.

## ÖZET

### DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNE YÖNELİK TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sema OKTAY  
Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı  
Danışman: Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN  
2011, 68 sayfa

Araştırma, Doğum yapan kadınların doğum şekline yönelik tercihlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini; Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Özel Sivas Anadolu Hastanesi'nin doğum sonu servislerinde yatan ve doğum yapan 800 kadın oluşturmuştur. Veriler, soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdellik testler ve Khi-Kare testi kullanılmıştır.

Araştırmada, kadınların çoğunluğunun planlı bir şekilde, tedavi görmeden gebe kaldığı ve normal doğum yapmayı planladığı belirlenmiştir. Ancak normal doğum yapmayı planlayan kadınların % 50.9'unun sezaryenle, % 49.1'inin ise normal doğum yaptığı bulunmuştur. Kadınların doğum şeklini belirlemelerinde etkili olan en önemli üç sebepten ilki kadın ve bebeğin sağlığının normal doğum için uygun olmadığını doktor tarafından söylenmesi (% 19.5), diğeri kadınların normal doğumun daha sağlıklı ve rahat olduğunu düşünmesi (% 16.4), sonuncusu ise ilk doğumun sezaryen olması nedeniyle diğeri doğumun da sezaryenle olması gerektiğine yönelik inançları (% 14) olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde; planlanan ve gerçekleştirilen doğum şekli ile kadınların eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik süresi, sağlık güvencesinin varlığı, gelir durumu, gebelik boyunca sağlık kontrolü yaptırması, sağlık kontrolünü yapan sağlık personeli, doktorun cinsiyeti ve gebeliğin planlı olup olmaması açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda ebelerin, gebeliği süresince kadını-ailesini doğum ve doğum şekilleri konularında bilgilendirmeleri, danışmanlık yapmaları ile planlanan ve gerçekleştirilen doğum şeklini etkileyen faktörleri danışmanlıkları sırasında dikkate almaları önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, Doğum Şekli, Kadın, Ebelik

## ABSTRACT

### FACTORS THAT EFFECT THE CHOICES OF WOMEN THE MODE OF DELIVERY

Sema OKTAY

Master of Science Thesis, Department of Midwifery

Supervisor: Asist.Prof. Özlem DURAN

2011, 68 pages

The study is a descriptive to determine factors that effect the choices of women the mode of delivery.

Sample of the study constituted 800 women who inpatient care and gave birth on the postnatal wards in Cumhuriyet University Research and Application Hospital, Sivas State Hospital, Private Sivas Anadolu Hospital. Data of the study were collected through a questionnaire form. To assess the data, the percentage of tests and chi-square test was used.

It was determined that the women mostly became pregnant in a planned manner without any medical treatment, and that they planned a normal delivery, but chose the caesarean delivery (59.9 %) at a rate higher than what they planned (49.1 %). Effective in determining of women the mode of delivery with the first of the three most important reasons for women's and baby's health is not in compliance with normal birth told by the physician (% 19.5), normal birth than other women to think that a healthy and comfortable (16.4%), and the last one because the first cesarean delivery for a cesarean delivery should be the other beliefs (14%) respectively. The statistical evaluations demonstrated significant differences between groups in terms of the planned mode of delivery, educational level of the women, workin status of the women, duration of marriage, availability of health security, income level, medical examination during pregnancy, health personnel involved in medical examination, gender of the physician, and the planned or unplanned pregnancy ( $p < 0.05$ ).

Consequently, it was suggested for the midwives to enlighten and guide the women and their families during pregnancy on the delivery and modes of delivery with and the factors influencing the shape of the planned deliveries are recommended to take into account during the consultations.

**Key Words:** Delivey, Delivery Mode, Women, Midwifery.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Vajinal Doğum.....	6
2.1.1. Spontan Vajinal Doğum.....	7
2.1.2. Müdahaleli Vajinal Doğum .....	7
2.1.2.1. Epizyotomi İle Vajinal Doğum.....	7
2.1.2.2. Forseps İle Vajinal Doğum .....	9
2.1.2.3. Vakum Ekstraksiyonu İle Vajinal Doğum.....	10
2.2. Sezaryen Doğum.....	11
2.2.1. Sezaryen Sıklığı .....	12
2.2.2. Sezaryen Endikasyonları.....	14
2.2.3. Sezaryen Kontrendikasyonları .....	14
2.2.4. Sezaryen Komplikasyonları .....	14
2.2.5. Sezaryen Doğum Tercihinin Nedenleri .....	15
2.2.6. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) .....	17
2.2.7. Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihlerinde Etkili Olan Faktörler.....	19
2.2.8. Doğum Şekli Tercihinde Ebenin Rolü.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	24
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	24
3.5. Ön Uygulama.....	25
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	25

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	25
4. BULGULAR.....	27
1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR .....	27
2. GEBELİK VE DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	32
3. DOĞUM ŞEKLİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA .....	48
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	53
6.1. Sonuçlar .....	53
6.2.Öneriler .....	54
KAYNAKLAR .....	56
EKLER.....	63



## TABLULAR DİZİNİ

### Sayfa No

Tablo 4.1: Kadınların Araştırma Kapsamına Alınan Hastanelere Göre Dağılımı .....	27
Tablo 4.2: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	28
Tablo 4.3: Kadınların Kilo, Boy ve BKİ Dağılımları .....	31
Tablo 4.4: Kadınların Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre Dağılımı .....	33
Tablo 4.5: Kadınların Planladıkları Doğum Şekline Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	35
Tablo 4.6: Kadınların Doğum Yaptıkları Hastanelere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	36
Tablo 4.7: Kadınların Yaş Gruplarına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	36
Tablo 4.8: Kadınların Öğrenim Durumuna Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	37
Tablo 4.9: Kadınların Mesleklerine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	38
Tablo 4.10: Kadınların Sağlık Güvencelerine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	38
Tablo 4.11: Kadınların Aylık Gelirine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	39
Tablo 4.12: Kadınların İkamet Ettikleri Yere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	40
Tablo 4.13: Kadınların Aile Türüne Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	40
Tablo 4.14: Kadınların Evlilik Yaşına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	41
Tablo 4.15: Kadınların Doğum Sayılarına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	41
Tablo 4.16: Kadınların Sahip Olduğu Kronik Hastalıklara Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	42
Tablo 4.17: Kadınların Seçtikleri Doğum Şekline Karar Vermelerinde Etkili Olan Nedenlerin Dağılımı.....	43

Tablo 4.18: Kadınların Gebelikleri Süresince Sağlık Kontrolünü Yapan Personele Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	44
Tablo 4.19: Kadınların Gebelikleri Süresince Sağlık Kontrolünü Yapan Sağlık Personelinin İstenilen Doğum Şeklini Sorma Durumuna Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	45
Tablo 4.20: Kadınların Doğum Şekline Yönelik Bilgi Kaynaklarına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	45
Tablo 4.21: Kadınların Doğum Şekline Karar Verirken Etkilendiği Kişilere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	46
Tablo 4.22: Kadınların Doğum Şekline Nasıl Karar Verilmesi Gerektiğine İlişkin Düşüncelerine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	46
Tablo 4.23: Kadınların Doğum Şekline Karar Veren Kişilere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	47

## KISALTMALAR DİZİNİ

**DSÖ** Dünya Sağlık Örgütü

**TNSA** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**ABD** Amerika Birleşik Devletleri

**ACOG** Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği

**ACNM** Amerikan Ebe- Hemşireler Birliği

**SOGC** Kanada Obstetrisyenler ve Jinekologlar Topluluğu

**SSVD** Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

**SSK** Sosyal Sigortalar Kurumu

**SPSS** Statistical Package for Social Sciences

**TL** Türk Lirası

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için önemli bir stres kaynağıdır. Kadınlar, gebelik süresince doğum şeklinin nasıl olacağı ile ilgili endişe yaşarlar. Anne adayları kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla beklerken, annelik içgüdülerini ve bir canlı dünyaya getirmenin gururunu da bir arada yaşar. Özellikle ilk gebeliğinde bir kadın tanımlayamadığı birçok yeni hissi bir arada yaşamakta ve doğumda ne ile karşılaşacağını bilememektedir (Konakçı & Kılıç, 2002). Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa normal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedirler. Karar verme süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir. Kadınlara bu süreçte verilecek destek ve bilgilendirme ile onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilmektedir. Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştırmaktadır (Gözükara, 2008; Sayiner, Özerdoğan, Giray, Özdemir & Savcı, 2009; Taşkın, 2008).

Doğum şekline, gebelik süresince anne, baba ve bebek yakından değerlendirilerek karar verilmelidir. Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum yöntemidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Ancak baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal doğum gerçekleşmemekte ya da anne ve bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Bu durumda bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir (Littleton, 2002; Park, Yeoum, & Choi, 2005).

Sezaryen, kendine has riskleri olan, endikasyonu ve komplikasyonları iyi düşünülerek karar verilmesi gereken bir doğum yöntemidir. On dokuzuncu yüzyıl başlarına kadar sezaryenle doğum sonrası mortalite ve morbidite yüksek iken günümüzde cerrahi tekniklerdeki gelişme, enfeksiyonla mücadeledeki başarı, elektronik monitorizasyon ve ultrasonografinin daha yaygın kullanımı, tıp teknolojisindeki ilerlemeye paralel olarak vajinal doğum ile sezaryen arasındaki mortalite ve morbidite farkını azaltmıştır. Bu açıdan sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, sezaryen hızında çok belirgin artış olmuştur (Dölen & Gökçü, 2002; Konakçı & Kılıç, 2002). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerisi, sezaryen oranının % 15 ile sınırlı

kalması yönündedir. Yirminci yüzyıl açısından durum değerlendirildiğinde; % 5-10'larda olan sezaryenle doğum oranının Brezilya'da % 36.4'e, Hindistan'da % 30'a, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) % 22.9'a, İtalya'da % 21.2'ye ve Çin'de ise % 20.5'e yükseldiği bildirilmektedir (Gomes, Silva, Bettiol & Barbieri, 1999; Konakçı & Kılıç, 2002; Linton, Peterson & Williams, 2004). Anılan pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin oldukça üzerindedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre ülkemizde 2003 yılından önceki 5 yıl içerisinde belirlenen sezaryen oranı % 21.2 iken bu oran 2003-2008 yılları arasında % 36.7'ye (TNSA, 2008) yükselmiştir. Ülkemizde yapılan bölgesel çalışmalar incelendiğinde ise 1983-2002 yılları arasında sezaryenle doğum oranında % 24'lük bir artış belirlenirken, 2001 yılı sonrasında bu oranın % 27'ye ulaştığı bulunmuş (Yılmaz, İsaoglu & Kadanalı, 2009), SSK Ankara Doğumevinde 1993 yılında sezaryen oranı % 16 iken, 2000 yılında % 23'e yükseldiği saptanmıştır (Dölen & Özdeğirmenci, 2008). Üniversite Hastaneleri'nde de sezaryen oranlarının % 70'lere ulaştığı bildirilmektedir. Vajinal doğumun sezaryene üstünlüğü bilinip savunulduğu halde etkili bir sağlık politikası henüz oluşturulamamıştır ve eğitim hastaneleri dahil sezaryen hızı artma eğilimindedir (Dölen & Özdeğirmenci, 2008). Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi, "Riskli Gebelik" ve "Kıymetli Bebek" kavramının ortaya atılması yer almaktadır (İğde, 2004).

Tüm yukarıda sayılan nedenler yanında pek çok kadın, normal doğum ağrısı çekmemek ve sancı duymamak için gebe olduğunu öğrendiği ilk günden itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar verebilmektedir. Özellikle sağlık çalışanları açısından da tıbbi endikasyon olmaksızın çok tercih edilen yöntem haline gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde epidural analjezi gibi ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte "doğum ağrısından korkma" artık bir sezaryen tercih nedeni olmaktan çıkmaya başlamıştır. Ancak bu gerekçe, normal doğumda analjezi seçeneklerinin çok sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde, halen önemli bir sezaryen tercih nedeni olarak belirtilmektedir (Ceylantekin, 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada doğum yapan sağlık personelinin % 53.1'i sezaryen doğumu tercih ettiği bulunmuştur. Sezaryen doğumu seçme nedeni olarak birinci sırada ağrı yer almaktadır. Normal doğum yapan sağlık çalışanlarının sadece % 15.8'inin epidural analjezi ile doğumlarını gerçekleştirdikleri saptanmıştır (Duman, Köken, Şahin, Coşar, Arıöz &

Aral, 2007). Bu nedenle epidural analjezi ile ilgili ve sezaryen sonrası uygun hastaların normal doğum yapılabileceği ile ilgili bilgiler artırıldığında sezaryen doğum oranlarının azalacağı düşünülmektedir (Pena & Arulkumaran, 2003). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise kendi tercihi ile sezaryenle doğum yapan kadınların % 62.1'i ağrı korkusu, % 26.4'ü güvenli bulma nedenleri ile seçtiklerini belirtmişlerdir (Karakuş& Şahin, 2008). Bu alanda çalışan ebe ve hemşirelere gebelerin doğum tercihlerini belirlemede önemli görevler düşmektedir. Yeterince bilgilenmiş gebelerin, doğum korkusu ile baş etmede daha başarılı olacağı düşünülmektedir.

Sezaryen, son yıllarda sıkça tercih edilen bir doğum şekli olması dolayısıyla endikasyonları, komplikasyonları, anne ve bebek açısından fayda ile zararları çok iyi bilinmesi gereken bir konudur (TNSA, 2008). Her şeyden önce sezaryen ile doğum, maliyeti yüksek bir yöntemdir. Bu nedenle tüm dünyada sezaryen ile olan doğumların oranının azaltılmasına yönelik bir eğilim vardır. Günümüzde anne adayları sezaryen ile doğumu daha güvenli olarak algılamaktadırlar. Elektif sezaryen girişimlerinde doğum eyleminin daha kontrol altına alınmış ve daha güvenli olarak yansıtılmasının buna neden olduğu düşünülebilir. Doğumun yapıldığı hastane, gebelikte alınan antenatal bakım sayısının yüksek olması, antenatal izlemi yapan hekim ile doğumu yaptıran hekimin aynı kişi olması, hekimin tek başına çalışıyor olması ve hekimin özel sektörde çalışıyor olması gibi etmenlerin yüksek sezaryen oranı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Güngör, Gökyıldız & Nahcıvan, 2004). Literatürde sık belirtilen faktörlerden biri hekimlerin kişisel görüşlerini kadınlara yansıtarak onların sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olmasıdır. Hekimlerin, sezaryeni tercih nedenleri ise maddi yönden kazanç sağlaması, doğumun daha kısa sürede gerçekleşmesi, sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) uygulamalarının yetersizliği ve elektif vakalardaki artış, hatalı tıbbi uygulamalar sonucunda dava edilebilme korkusu, doğumda risk almak istememeleri olarak belirtilmektedir (Konakçı& Kılıç, 2002; Şahin, 2009). Sezaryen oranlarını artıran diğer faktörler arasında; makat geliş olan doğumların daha çok sezaryenle doğurtulması, doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle malpraktis davalarının artması yer almaktadır (Çiçek & Gezginç, 2004; Yumru, Davas, Baksu, Altındaş & Mert, 2000;). Olatunbosun ve arkadaşlarının (2002) 290 gebe üzerinde yaptıkları retrospektif bir çalışmada, sezaryenlerin % 23'ünün önlenemez olduğu bulunmuştur. Bu olguların % 62'sinde hastaların; % 38'inde hekimlerin isteğine bağlı sezaryen uygulandığı belirlenmiştir. En sık görülen endikasyonun ise % 53 ile distosi ve % 23 ile makat prezantasyonu olduğu saptanmıştır (Olatunbosun, Ravichander, Turnell

& Edouard, 2002). Eski sezaryen vakalarının tekrar sezaryenle doğurtulması gerekliliğinin yaygın olması da sezaryen oranını artırmaktadır. Oysaki sezaryen sonrası vajinal doğum birçok kadın için tekrar sezaryen uygulamasına göre güvenli bir alternatif olduğu gösterilmiştir. ABD’de SSVD oranları gitgide artarak 1989’da % 18.9, 1996’da % 28.3, 2000 yılında ise % 20.6’ya yükselmiştir. Diğer ülkelerdeki durum değerlendirildiğinde; Norveç’te % 5.7 İsveç’te % 53 oranında anne adayına sezaryen sonrası vajinal doğum önerilmekte ve uygulanmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun; uygun hasta seçimiyle % 60-90’lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermektedir (Ertem& Koçer 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise sezaryen sonrası vajinal doğum oranlarının; 1999’da % 16, 2000’de % 17.8, 2001’de % 23.5, 2002’de de % 27.1’e yükseldiği belirlenmiştir. Bu verilere rağmen ülkemizde sezaryen sonrası vajinal doğum kaçınılan bir girişim olmuştur. Obstetrisyenlerin büyük çoğunluğu ülkemiz şartlarında geçirilmiş sezaryenli gebelerin doğurtulmayacağı öngörüsüyle tekrar sezaryene başvurmaktadır (İngeç, Kumtepe, Özdiller, Coşgun & Kadanalı, 2004).

Sezaryen hızının artışında rol oynadığını düşünülen başka bir faktör ise “anne istemi”dir. Yapılan bir araştırmada annelerin isteminin bebeğin sağlığı ve doktorun önerisi ile şekillendiği belirlenmiştir (Burns, Geller & Wholey, 1995). Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları üzerinde yapılan bir çalışmada, hasta isteğine bağlı sezaryeni doktorların % 59’unun onayladığını saptanmıştır (Gonen & Tamir, 2002). Sezaryen olma isteğinin en önemli nedenlerinin incelendiği bir çalışmada ise annelerin sezaryenin bebekleri ve kendileri için daha güvenli olduğuna inanmaları ile daha önce geçirilen obstetrik sorunlar ve doğumla ilgili duyumlardan kaynaklanan ön yargıları olduğu belirtilmektedir (Gamble et al., 2000).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların sezaryenle doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde de ilk üç sırayı doğumdan/doğum ağrısından korkma, doğumu kontrol edemeyeceğini ve bebeğine zarar vereceğini düşünerek bebek açısında sezaryeni daha güvenli ve kontrol edilebilir olarak algılama ile annenin sağlık problemleri almaktadır (Bektaş, 2008; Gözükara, 2006; Kara, 2004; Sayiner vd., 2009; Vatansever, 2009). Bu veriler arasında annenin sağlık problemleri tıbbi bir endikasyon olarak değerlendirildiğinde, ülkemiz için artış gösteren oransal değerlerin altında yatan nedenin büyük çoğunlukla bilgilendirme ve destekleme ile ilgili yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir (Sayiner vd., 2009; Vatansever, 2009). Bu durum da kadınların bakım

ve tedavilerinde söz sahibi olmalarını engelleyici bir unsur olmaktadır (Park, Yeoum, & Choi, 2005).

Bireylerin tedavi seçeneklerine katılma ve tedavinin yönetiminde söz sahibi olma hakkı, modern anlamda tıbbi tedavinin en önemli unsurlarından birisidir. Bunun sağlanmasında en büyük görev sağlık çalışanlarına düşmektedir (Park, Yeoum, & Choi, 2005). Sağlık çalışanları gebe kadınları, ailelerini yeterli düzeyde ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir (Şahin, Güngör & Sömek, 2007). Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu da kolaylaştıracaktır. Bu nedenle gebe kadınla en fazla etkileşimi bulunan ve sağlık çalışanları içinde anahtar konumda bulunan ebelerin bu konuda daha duyarlı, daha bilgili ve donanımlı olmaları kadın sağlığının yükseltilmesinde önemli rol oynayacaktır. Bu nedenle kadınların tercih ettikleri doğum şekli ile gerçekleştirdikleri doğum şeklinin aynı olup olmadığı ve doğum şekli kararında etkili olan faktörlerin saptanması bakım verdiği kadınların savunucusu rolünde olan ebeler için önemli bir bilgi kaynağı oluşturacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, Sivas İl merkezinde doğum yapan kadınların doğum şekline yönelik tercihlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

Doğum olayı kadını gerek gebelik gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilecek bir süreçtir. Bu süreçte karar verilmesi gereken önemli konulardan bir tanesi kadının doğum şeklidir. Kadınlar doğum şekline karar verirken birçok faktörden etkilenebilirler, fakat önemli olan doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonuçlanmasıdır (Gözükara, 2006).

Kadın sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da oldukça önemlidir. Sağlıklı annelerden doğan ve yetişen çocuklar ileride sağlıklı toplumun temelini oluşturacaklardır. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme bu nedenle sağlık hizmetlerinin öncelikli sorumluluklarından birisidir (Okumuş, Mete, Yenal, Tokat & Figen, 2009; Taşkın, 2003).

Gebelik ve doğum doğal bir olay olmasının yanında, anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkileyen, meydana getirdiği değişiklikler bakımından da annenin sağlık-hastalık arasındaki çizgisini daraltan bir süreçtir. Kültürlerin çoğunda yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, kadını yaşamın bir noktasından diğerine ulaştıran sosyal ve biyolojik bir olay olması ile birlikte, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli bir deneyimdir (Vatansever, 2009).

### 2.1. Vajinal Doğum

Doğum eylemi, düzenli gelip giden, rahatsız edici-sancılı uterus kasılmalarının serviksini incelmeye (efesman) ve genişlemesine (dilatasyon) yol açtığı fizyolojik bir süreçtir. Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gr'ın üzerinde olan ya da baş-topuk mesafesi 25 cm ve üzerinde olan fetüslerin doğumu anlaşılmaktadır. DSÖ 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir (Bektaş, 2008; Hut, 2005).

Vajinal doğum, yaşama şansı kazanmış fetüsün doğum kanalından geçerek dış dünyaya ulaştığı süreci kapsar. Doğum insanlığın var olduğu günden beri süregelen fizyolojik doğal bir olaydır. Ortalama 280 gün, 40 hafta olarak kabul edilen gebelik süresini tamamladıktan sonraki doğumlara “miadında doğum” denilmektedir. Fetüs, kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşan doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının oluşturduğu mekanik güce uyarak doğmaktadır. Plasentanın

ayrılması ve doğması ile doğum eylemi tamamlanmış olur. Miadına erişmiş bebeğin kilosu 2500-4000 gr arasındadır (Ceylantekin, 2006).

### **2.1.1. Spontan Vajinal Doğum**

Normal doğum eylemi, uterusun fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda büyüebilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda, uterus kaslarının düzenli ve ritmik kasılmaları sonucu gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin; termde (son menstural periyottan 40 hafta sonra), tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile verteks pozisyonunda, baş pelvis uyuşmazlığı olmadan, sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Vatansever, 2009).

Doğum eylemi dört faktörün ahenkli bir şekilde uyumunu gerektiren karmaşık bir süreçtir. Bunlar; doğum kanalı, doğum objesi, doğum eylemindeki güçler ve annenin psikolojisidir. Doğum kanalı, kemik pelvisi ve yumuşak dokuları içerir. Eylemin gerçekleşebilmesi için pelvisin ölçülerinin yeterli ve fetüsün aşağı inmesini durduracak bir engelin bulunmaması gerekir. Doğum objesi fetüstür. Fetüs, pelvise göre uygun ölçülerde ve pelvisten aşağı inebilmek için uygun pozisyonda olmalıdır. Doğum eylemindeki güçler, uterus kontraksiyonlarını ifade eder. Uterus kontraksiyonları, servikste silinme ve dilatasyon yapabilecek, fetüsün doğum kanalından inişini kolaylaştıracak güçte ve düzende olmalıdır. Eylemin psikolojisi, kadının psikolojik olarak eyleme ve doğuma uyumu ile ilgilidir. Bu da doğrudan doğum sürecinin seyrini etkiler. Eylemin seyri her kadında farklılık gösterdiği gibi, aynı kadında da farklılık gösterebilir. Bu faktörlerin hepsi uyumlu ise eylem normal seyrinde ilerler ve gerçekleşir. Şayet bu faktörlerden herhangi birinin ya da birkaçının fonksiyonlarında bir anormallik ya da yetersizlik varsa, eylem ilerleyemez ve normal bir şekilde sonuçlanamaz (Bektaş, 2008; Ceylantekin, 2006; Gözükara, 2006).

### **2.1.2. Müdahaleli Vajinal Doğum**

#### **2.1.2.1. Epizyotomi İle Vajinal Doğum**

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinede bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur (Taşkın, 2003).

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG), vajinal doğum esnasında maternal

laserasyonlara karşı koruma, doğumu kolaylaştırma veya hızlandırma gibi maternal veya fetal endikasyon durumlarında epizyotominin kullanılabilceğini, gerekmedikçe kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir (ACOG' dan aktaran Dönmez & Sevil, 2009). Amerikan Ebe-Hemşireler Birliği (American College of Nurse-Midwife-ACNM), genellikle vajinal doğumda epizyotomiye gereksinim olmadığını, ancak bazen bakım sağlayan kişilerin bebeğin hızlı bir şekilde doğurtulması gerektiği durumlarda epizyotomiye önerdiğini belirtmektedir. Ayrıca ACNM, eğer epizyotomi yapılacaksa bunun hastaya anlatılması ve sorularının cevaplandırılmasını önermektedir (ACNM' dan aktaran Dönmez & Sevil, 2009). Kanada Obstetrisyenler ve Jinekologlar Topluluğu (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada-SOGC) ise, rutin epizyotomi uygulanmasının vajinal bir doğumu desteklemek için gerekmediğini ancak fetal risk veya maternal distress oluğuğunda doğumu hızlandırmak için kullanılabilceğini önermektedir (SOGC' dan aktaran Dönmez & Sevil, 2009).

- **Epizyotomi Zamanlaması:** Erken yapılırsa, doğuma kadar insizyondan fazla kanama olabilir. Geç yapılırsa, laserasyonlar önlenemez. Doğru zamanı, üç-dört cm çaplı bir kontraksiyon sırasında baş görülür haldeyken epizyotomi yapmaktır (Bektaş, 2008).
- **Epizyotomi Tipleri:** Medial, lateral ve mediolateral epizyotomi olarak 3 tipi vardır. En çok kullanılan mediolateral epizyotomidir. İyileşme, cerrahi onarım, kanama ve ağrı açısından en avantajlı olan lateral epizyotomidir. Fakat epizyotomi hattı uzayarak 3. ve 4. derece laserasyonlara neden olabileceğinden dolayı genelde mediolateral epizyotomi tercih edilir (Bektaş 2008).
- **Dünya'da ve Türkiye'de Epizyotomi Oranları:** Epizyotomi, doğum kliniklerinde en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biri, belki de birincisidir (Duran, Eroğlu & Sandıkçı, 2002). Birleşmiş Milletlere bağlı ülkelerde son 25 yılda epizyotomi kullanım sıklığı azalmıştır. Fakat, 2003 yılında tüm vajinal doğumların yaklaşık % 25'inde yapılarak kullanım sıklığında bir artış gözlenmiştir (Albers& Borders, 2007). Althabe ve arkadaşlarının (2002) Latin Amerika'da 16 ülkede primipar kadınlarda yaptıkları çalışmada, 91 hastanede epizyotomi oranını % 80'den, 69 hastanede de epizyotomi oranını % 90'dan daha fazla bulmuşlardır. Allen ve Hanson (2005) 3120 hastada yaptıkları çalışmada, epizyotomi insidansını % 48 olarak belirlemişlerdir (Dönmez & Sevil, 2009). Epizyotominin multipar kadınlara göre primipar kadınlarda daha fazla kullanıldığı düşünölmektedir (Karaçam& Eroğlu, 2003). Graham ve

arkadaşlarının (2005) çalışmasında, bazı bölge ve ülkelerde belirlenmiş 100 vajinal doğum yapan kadında epizyotomi kullanım oranları; Kuzey Amerika'dan Kanada (2000-2001)'da total % 23.8, Merkez ve Güney Amerika'dan Arjantin (1996)'de primiparlarda % 65.3 iken, Ekvator (1995-1998)'da primiparlarda % 96.2, Kuzey Avrupa'dan Finlandiya (2003)'da total % 33.9 ve Güney Avrupa'dan Türkiye (1999-2000)'de ise total % 64 olarak belirtilmiştir (Graham, Carroli, Davies & Medves, 2005). Epizyotomi oranına ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışma sonuçlarına göre epizyotominin, primigravidalarda rutin, multigravidalarda ise perinenin rijit olduğu durumlarda yaygın olarak uygulandığı belirtilmektedir (Karaçam & Eroğlu, 2003). Bir başka çalışmaya göre ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların % 65'inden fazlasına, primiparların ise % 90'ından fazlasına epizyotomi uygulandığı bildirilmektedir (Şahin, Yıldırım& Aslan, 2007). Sayiner ve Demirci'nin (2007) yaptıkları çalışmada, primipar gebelerin % 96.72'sine, multipar gebelerin ise % 51.85'ine epizyotomi uygulandığı, tüm doğumlar içinde bu oranın % 70.33 olduğu belirtilmiştir.

### **2.1.2.2. Forseps İle Vajinal Doğum**

Obstetrik forseps uygulaması fetüsün doğum kanalına yerleştiği en uygun yerden introitusa doğru çekilmesi için kullanılır. Son yıllarda özellikle pelvis giriminde ve orta pelviste forseps uygulamaları yerini sezaryene bırakmıştır. Forseps uygulamasındaki bu azalmada eğitim eksikliği kadar bu doğum yardımının oluşturduğu yasal sakıncalar da etkili olmuştur. Forseps uygulamasında; üriner ve fekal inkontinans gibi postpartum komplikasyonların, normal vajinal doğum ve vakum ekstraksiyonuna göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Williams, 2007).

Forseps uygulanması için;

- Serviksin dilatasyonu tam olmalı,
- Gelen kısım verteks olmalı, (makat gelişlerde arkadan gelen başa forseps uygulanabilir),
- Verteks angaje olmalı,
- Amnion kesesi açılmış olmalı,
- Baş pelvis uygunsuzluğu olmamalı,
- Yeterli analjezi sağlanmalı,

- Mesane boş olmalıdır (Williams, 2007).

#### **Forseps Uygulamasının Endikasyonları:**

- Anne sağlığı nedeniyle doğumun ikinci evresinin kısaltılması gereken durumlar (kalp hastalığı, akciğer hastalığı, intrapartum enfeksiyon, bazı nörolojik durumlar, aşırı yorgunluk),
- Doğumun ikinci evresinde gelişen fetal distres,
- Umbilikal kord prolapsusu,
- Plasentanın erken ayrılması,
- Malrotasyon,
- Annenin doğuma koopere olamadığı durumlar (eklampsi, epilepsi),
- Sınırdaki baş pelvis uygunsuzluğu (Gül, 2008; Taşkın, 2008).

#### **Forseps Uygulamasının Komplikasyonları:**

##### **Anneye ait komplikasyonlar:**

- Perine, vajen ve serviks laserasyonlarında artma ve buna bağlı olarak postpartum hemoraji sıklığında artış,
- Rektovajinal fistül gelişimi,
- Rektosel, sistosel ve prolapsus gelişimi,
- Enfeksiyon gelişimi (Gül, 2008; Taşkın, 2008).

##### **Fetüse ait komplikasyonlar:**

- Fetal kafa derisi ve yüzde laserasyonlar,
- Fasial sinir paralizi,
- Brakial pleksus hasarı,
- Kafa kemiklerinde kompresyon kırıkları,
- İntrakranial hemorajiler, tentorium kırıkları (Gül, 2008; Taşkın, 2008).

#### **2.1.2.3. Vakum Ekstraksiyonu İle Vajinal Doğum**

Vakum aleti; vakumlamayı sağlayan bir cihaz, hortum ve çan olmak üzere üç kısımdan meydana gelir.

##### **Vakum Ekstraksiyonunun Forseps Uygulamasından Farkları:**

- Vakum ile fetal başa rotasyon yaptırılamaz.
- Traksiyon gücü forsepsden daha azdır.
- Daha az yer kaplar.
- Dilatasyonun tam olmasına gerek yoktur. 7-9 cm açıklıkta dahi uygulanabilir.

Endikasyonları forseps ile aynıdır (Gül, 2008; Taşkın, 2008).

**Vakum Ekstraksiyonu Uygulaması İçin Gereken Şartlar:**

- Baş geliş olmalıdır.
- Sefalopelvik uygunsuzluk olmamalıdır.
- Amnion kesesi açık olmalıdır.
- Fetüs canlı olmalıdır.

Mesane boş olmalıdır (Gül, 2008; Taşkın, 2008).

**Vakum Ekstraksiyonun Komplikasyonları:**

- Çan ile fetal baş arasına anneye ait dokuların girmesi ile oluşan laserasyonlar,
- Fetüste skalp yaralanmaları,
- Sefal hematom,
- İntrakranial hemoraji,
- Retina kanaması.

Vakum ekstraksiyonu annede doğum kanalında daha az travmaya neden olmakla birlikte fetal morbidite açısından vakum ile forseps arasında bir fark gözlenmemiştir (Gül, 2008; Taşkın, 2008)

## **2.2. Sezaryen Doğum**

Sezaryen doğum; fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır. Ancak aşağı uterus segmentinin ve serviksın ön duvarının insizyonu ile fetüsün transvajinal olarak vajinal sezaryen operasyonu ile doğmasını bu tanım içermez. Bir de fetüsün sekonder implantasyon sonucu veya uterus rüptürü nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınmasını tanımlamaz (Kara, 2004). Teknik olarak, 500 gr ve daha ağır fetüsün uterus duvarından yapılan insizyon ile doğurtulması anlamına gelmektedir (Konakçı& Kılıç, 2002). Sezaryen, vajinal doğumun mümkün olmadığı veya fetüs için risk taşıdığı durumlarda alternatif bir doğum şeklidir (Yalınkaya, Bayhan, Kale & Yayla, 2003). Önceleri sezaryen, ölmek üzere olan bir kadından, yaşayan fetüsü çıkarmak amacıyla yapılırken daha sonraki dönemlerde antibiyotiklerin bulunması, cerrahi tekniklerin gelişmesi ve güvenli kan transfüzyonu ile geniş bir endikasyon tablosuna sahip olmuştur (Saymer vd., 2009).

### 2.2.1. Sezaryen Sıklığı

Sezaryen prevalansının artışının uluslar arası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmasına rağmen, son 25 yılda tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında hızlı bir artış görülmektedir. Ülkemizde sezaryen doğum oranı Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre % 37 olup; bu oran kentlerde % 42, kırsal bölgelerde % 24 olarak bildirilmiştir. Sezaryen ile doğum hızı, TNSA 2003'e (% 21) göre büyük ölçüde yükselmiştir. Sezaryen ile doğum yapma olasılığı annenin yaşıyla birlikte artarken ilk doğumların % 45'inin sezaryen ile yapıldığı bildirilmektedir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyiyle birlikte artmaktadır. En yüksek eğitim ve refah düzeyinde % 60 veya üzeri olan sezaryen oranının, en düşük eğitim ve refah düzeyinde gerçekleşen sezaryenle doğumların üç katından daha fazla olduğu belirlenmiştir (Sayiner vd., 2009)

DSÖ (2005) raporunda en fazla % 15 olarak bildirilen sezaryen hızı, bu değer in altına inildiğinde veya üzerine çıktığında, maternal mortalite veya morbiditenin artacağı bildirilmiştir. Günümüzde pek çok ülkedeki sezaryen hızı bu oranın üzerindedir. DSÖ (2005) raporuna göre sezaryen hızları İsviçre'de % 10, İngiltere'de % 21.3, ABD'de % 29 ve İtalya'da % 32'dir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde sezaryen doğum oranlarında bir artış söz konusudur. Her 5 yılda yapılan TNSA verilerine göre, 1998 yılında tüm doğumlar arasındaki sezaryen oranı % 14, 2003'te % 21.4 iken 2008'de bu oran % 40'lara çıkmıştır (TNSA 2008; TNSA 2003; TNSA 1998). Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastane doğumları arasındaki sezaryen oranı; 2005 yılında % 40.7, 2006 yılında % 40.3 ve 2007 yılında % 42.5'tir. Tüm Dünya'da sezaryene bağlı maternal mortalite 4-8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre 26 kat daha fazladır. Hastane ücretlerinin sezaryende vajinal doğuma oranla daha yüksek, hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu düşünülürse, sezaryen endikasyonu belirlerken daha dikkatli olunmalıdır (Danforth, 2009). 1995-2000 yılları arasında yapılan çeşitli çalışmalarda sezaryenle doğum yapan gebelerin büyük bir kısmının 20-29 yaş grubunda yer aldığı belirtilmiştir ve yaş ortalamalarının  $26\pm 5$  ile  $28.5\pm 6.6$  arasında değiştiği belirtilmiştir (Convey, 1998; Yumru, Davas, Baksu, Atundaş & Mert 2000;). Anormal travay, primer sezaryenlerin yaklaşık % 45'ini ve toplam sezaryenlerin %33'ünü oluşturmaktadır. Distosiler son yirmi yıldır yapılan sezaryen operasyonlarındaki dört katlık artışın en büyük kısmını teşkil etmektedir (Güner, 1998). Sezaryen operasyonları hem anne hem de bebeğin hayatını korumak için yapılmasına rağmen maternal morbidite ve mortalite oranı, vajinal yolla gerçekleştirilen doğumlara

göre daha yüksektir. Bu yüzden sezaryen endikasyonları konulurken gerçekçi olunmalı ve etik ilkeler gözetilerek hareket edilmelidir (Abbassi, Aboufalah & Morsad, 2000; Aydın, 2001).

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri şöyle sıralanabilir (Erdemtok, 1997; Yumru vd., 2000):

- Paritenin azalması, gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması,
- Anne yaşında ve nullipar doğumlarda artış,
- Elektronik fetal monitorizasyonun 1970'li yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılması ile fetal distres bulgularının daha kolay saptanması,
- Son yıllarda gebeliklerde USG kullanımının artması,
- Doğuma yakın dönemlerde ya da doğum eyleminde yapılan testlerde fetüsün beklenen doğum ağırlığının yüksek tahmin edilmesi,
- Özellikle primigravidalarda makat gelişi olan vakalarda sezaryenle doğum yaptırma eğilimi,
- Sağlık personeli ve ailelerin sezaryen ile doğumun daha güvenli olduğunu düşünmesi,
- İnfertilite tedavisindeki gelişmeler ve bu gelişmelere bağlı olarak çoğul gebeliklerin artması ve kıymetli bebek kavramının ortaya çıkması,
- Vajinal doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle hekim hakkında artan soruşturmalar, hukuki kaygıların olması,
- Annede obeziteye yatkınlık ve obezitenin getirdiği diabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar nedeniyle distosi riskinin artması,
- Tekrarlayan sezaryen doğum,
- Anne adaylarının doğum ağrılarını çekmek istememesi ve doğum ile ilgili olumsuz bilgi ve deneyimleri,
- Forseps ve vakum uygulamasının azaltılması düşüncesi sezaryen ile doğum oranlarının artma nedenleri arasındadır.

Burns'un sezaryen kararlarındaki doktor yönlendirmesini araştıran çalışmasında; sezaryen oranları, doktorların önceki yılda yaptığı sezaryen oranlarındaki hıza, gündüz saatlerinde olmasına ve cuma günlerinde olmasına bağlı olarak artışı görülmektedir. Anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri anlaşılmıştır (Burns, 1997).



### **2.2.2. Sezaryen Endikasyonları**

Zaman içinde sezaryen endikasyonlarında da değişiklik olmuştur, önceleri anne hayatını kurtarmak için yapılırken bugün fetal nedenler ağırlıklıdır (Berksaç, Demir, Koç & Yüksel, 2001). Genel olarak sezaryen doğumların % 85'inden fazlası aşağıda sayılan nedenlerle yapılmaktadır: (Özgünen& Evrücke, 2011).

- Preeklampsi (% 32.8),
- Fetal distres (% 15.2),
- Antepartum kanama (% 11.9),
- Anne ile ilgili diğer sorunlar (% 9.1),
- Fetal anomaliler (% 6.9),
- Çoğul gebelik (% 6.3),
- Geçirilmiş sezaryen (% 5),
- Makat prezantasyonu. (% 4.3),
- Annenin tercihi (% 3.4),
- Uzamış doğum eylemi (% 2),
- Diğer nedenler (% 3.1) (çoğul gebelik, fetal hastalıklar, maternal sebepler, jinekolojik kanser).

### **2.2.3. Sezaryen Kontrendikasyonları**

En önemli kontrendikasyonu uygun bir endikasyonunun olmayışıdır. Karın duvarının pyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetüs, uygun koşulların bulunmayışı da diğer kontrendikasyonları oluşturur.

### **2.2.4. Sezaryen Komplikasyonları**

Sezaryenle ilgili maternal ölüm hızı değişkenlik gösterir. Hiç mortalite görülmeyen büyük seriler yanında 1-2/1000 mortalite hızı olan seriler de vardır. Sezaryen doğumlarda dikkate alınması gereken en önemli nokta maternal mortalitenin vajinal doğumlara göre daha fazla olmasıdır (Kara, 2004). Yoles ve Maschiach'ın çalışmasında, maternal mortalite: vajinal doğumda yüzbinde 3.6, sezaryen doğumda yüzbinde 21.8, acil sezaryende yüzbinde 30, elektif sezaryende ise yüzbinde 2.8 olarak verilmiştir. Buradan çıkarılabilecek sonuç elektif olgularda maternal mortalitenin artmadığı, ancak acil olgularda 8 kat arttığı yönündedir (Perlow& Morgan, 1994).

Maternal mortalitenin büyük bölümü elektif operasyonlardan çok, acil sezaryen gerektiren durumlara aittir. Yanlış cerrahi teknik veya anestezi, hemostazın sağlanamaması, yetersiz kan replasmanı, enfeksiyon tedavisinin doğru olmayışı veya yanlış grup kan transfüzyonu mortalitenin en önemli nedenleridir. Sezaryende maternal morbidite de vajinal doğuma göre belirgin derecede artmıştır. Mesane zedelenmesi 1.4/1000, üreter zedelenmesi 0.3/1000 olarak bildirilmektedir. Yara enfeksiyonu, operasyona bağlı zedelenme, puerperal ateş, transfüzyon komplikasyonları, kanama, üriner enfeksiyon, tromboemboli diğer sezaryen komplikasyonlarıdır (Kara, 2004). Sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda endometrit sık rastlanan bir komplikasyondur. Yapılan araştırmalarda sezaryen ile gerçekleştirilen doğumlarda endometrit olgularının % 15-45 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Tüm doğumlar içinde postpartum endometritin en sık sezaryenle gerçekleştirilen doğumlarda meydana geldiği belirtilmektedir. Sezaryen ile doğumlarda yaygın olarak plasentanın elle ayrılma yöntemi uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda plasentanın elle ayrıldığı olgularda, spontan ayrılmaya bırakılan olgulara göre daha yüksek oranda endometrit görüldüğü bildirilmiştir. Sezaryen ile doğum yapan kadınların % 60'ının amniyotik sıvı ve endometrium kültürlerinde bakteri ürediği bildirilmektedir (Konakçı & Kılıç, 2002). Morbidite şişman kadınlarda daha fazladır. Hastanede kalış süresi ve ücreti de sezaryende artmıştır. Hastanede kalış süresiyle komplikasyonlara bağlı rehospitalizasyon arasında ilişki belirtilmektedir (Kara, 2004; Gözükara, 2006).

Sezaryen sonrası hastanede en uygun kalış süresi 3-5 gündür. Sonraki gebeliklerde uterus skar rüptürü klasik insizyonda % 4-9, aşağı transvers insizyonda % 0.2-1.5'tur. Komplike olmayan bir multiparda vajinal doğum mükerrer elektif sezaryene göre bebek için daha az tehlikelidir. İatrojenik prematürite elektif sezaryenlerin hala önemli bir sorundur. Yenidoğanda sezaryene bağlı solunum problemlerinin daha fazla görüldüğü de bildirilmektedir (Kara, 2004; Gözükara, 2006).

### **2.2.5. Sezaryen Doğum Tercihinin Nedenleri**

Gerçek sezaryen endikasyonları dışında, Dünya'da ve Türkiye'de sezaryen oranlarındaki artış nedenleri olarak, çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artışı, üremeye yardımcı tekniklerin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış gösterilmektedir (Gamble & Creedy, 2001; Park, Yeoum & Choi, 2005). Ayrıca sezaryenin bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancı sezaryen tercihinde etkilidir (Şahin, 2009).

Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere ilişkin çalışmalarda, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması gibi faktörlerden söz edilmektedir (Gamble & Creedy, 2001; Şahin, 2009;). Gelişmiş ülkelerde epidural analjezi gibi ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte “Doğum ağrısından korkma” artık bir sezaryen tercih nedeni olmaktan çıkmaya başlamıştır. Ancak bu gerekçe, normal doğumda analjezi seçeneklerinin çok sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde, halen önemli bir sezaryen tercih nedeni olarak belirtilmektedir (Pena & Arulkumaran, 2003). Karakuş ve Şahin’in çalışmasında (2008) kendi tercihi ile sezaryen ile doğum yapan kadınların % 62.1’i ağrı korkusu, % 26.4’ü güvenli bulma nedenleri ile seçtiklerini bildirmişlerdir. Bu alanda çalışan ebe ve hemşirelere gebelerin doğum tercihleri için danışmanlıkta önemli görevler düşmektedir. Yeterince bilgilendirilmiş gebeler, doğum korkusu ile baş etmede daha başarılı olacağı düşünülmektedir. Kadınların sezaryen doğum konusundaki bilgileri, deneyimleri ve çevrelerinden duydukları, onların sezaryene bakışını önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin daha önce travmatik doğum deneyimi olan kadınlar, sonraki doğumlarında sezaryeni tercih edebilmektedir. Penna ve Arulkumaran (2003) çalışmasında, kadının doğum tercihi kararında, yaşadığı toplumda sezaryenin “iyi” veya “kötü” olarak değerlendirilmesi ve arkadaşlarının etkisinin önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir. Clement’in (2001) çalışmasında, “doğal ve normal bir doğum” beklentisinde olmanın, kadının sezaryenin olumsuz değerlendirmesinde, “sezaryeni modern yaşamın ve teknolojinin bir simgesi” olarak görmenin ise olumlu değerlendirmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde, Hollandalı kadınların çoğunluğunun doğumu doğal bir süreç olarak görmelerinin ve normal doğumu destekleyen tutumlarının bu ülkedeki sezaryen oranının düşük kalmasında (% 8.5-11) etkili bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Şahin, 2009).

Kadınların sezaryen tercihini etkileyebilen nedenlerden bir diğeri kadın-doğum uzmanlarının etkisidir. Literatürde sık belirtilen faktörlerden biri hekimlerin kişisel görüşlerini kadınlara yansıtarak onların sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olmasıdır (Hopkins & Amaral, 2006; Pena & Arulkumaran, 2003; Şahin, 2009). Hekimlerin, sezaryeni tercih nedenleri ise, maddi yönden kazanç sağlaması, doğumun daha kısa sürede gerçekleşmesi, sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) uygulamalarının yetersizliği ve elektif vakalardaki artış, hatalı tıbbi uygulamalar

sonucunda dava edilebilme korkusu, doğumda risk almak istememeleri olarak belirtilmektedir. (Hopkins & Amaral, 2006; Şahin, 2009). Bunlara ek olarak, yenidoğanı doğum travmasından koruyacağı ve normal doğuma bağlı olarak riski artan pelvik relaksasyon ve üriner inkontinanstaki koruyacağı inancı da önemli nedenler arasındadır. Ayrıca yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı ile artan çoğul gebelikler de sezeryan endikasyonlarını arttırmaktadır (Gamble & Creedy, 2001; Hopkins & Amaral, 2006; Şahin, 2009). Avustralya’da artan sezaryen oranlarının nedenlerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmaya göre, katılımcılar sezaryenin, doğum için kolay yol olduğunu düşünmektedirler (Walker, Turnbull & Wilkinson, 2004).

Ayrıca medyanın sezaryenin normal doğuma göre daha iyi bir seçenek olduğu yönünde görüş oluşturduğu düşünülmektedir (Şahin, 2009; Walker, Turnbull & Wilkinson, 2004). Ülkemizde gebelerin ve sağlık hizmeti sunucularının normal doğuma ilişkin tutum ve yaklaşımlarını açıklamaya yönelik kalitatif ve kantitatif araştırmalara gereksinim vardır. Son yıllarda dünyada, kadınların perinatal dönemde alacakları bakım ve tedavi konularında kararlara katılım ve seçim yapma haklarını destekleyen kadın-aile merkezli yaklaşımın benimsenmesiyle birlikte kadınların sezaryen doğum talebinde bulunma hakları olup olmaması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır. Kadınların sezaryen doğum isteme hakkı olması tıbbi, yasal, etik ve ekonomik yönden incelenmiş ancak ortak bir karara varılamamıştır. Bu gibi durumlarda sağlık personellerinin öncelikle kadın ve ailesine ayrıntılı bir danışmanlık vermesi ve kadının tercih nedenlerini de dikkate alarak olumlu ve olumsuz yönleriyle birlikte sezaryen kararını tartışması önerilmektedir. Doğumla ilgili bilgilendirilmiş seçim yapabilmelerini desteklemek amacıyla gebe kadınlara sezaryen hakkında kanıta dayalı bilgi verilmelidir. Kadınların görüşlerini ve kaygılarını dikkate almak, karar alma sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir (Şahin, 2009).

### **2.2.6. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD)**

Günümüzde sezaryen ile doğum, zor bir vajinal doğuma göre anne ve bebek sağlığı açısından daha güvenli gibi görünse de büyük bir operasyonda görülebilecek komplikasyonlar sezaryen sırasında da görülebilir. Tekrarlayan sezaryenlerde operatif komplikasyonlarla karşılaşabilir. Üreter, mesane, barsak zedelenmeleri, uterin arter kesisi, serviks ya da vajen kesileri bunlardan bazılarıdır. Anesteziye ait komplikasyonlar olabilir. Operasyon sonrası skar dokusu, enfeksiyon, tromboembolizm gibi durumlarla karşılaşabilir. Plasenta previa, plasenta akreata, plasenta perkreata, plasenta inkreata

gibi durumlar tekrarlayan sezaryen vakalarında daha sık görülür. 1916 yılında Edwin Cragin'in "Bir kez sezaryen her zaman sezaryen" sözü eski sezaryen endikasyonunu ilerleyen yıllarda % 35'lere kadar yükseltmiştir. Sezaryen oranlarındaki bu artış 1980'li yıllarda sezaryen sonrası normal vajinal doğum düşüncesini doğurmuş ve kliniklerde uygulamalara geçilmiştir. Uterin rüptür riski nedeniyle daha sonraki yıllarda uygulama insidansı biraz azalsa da yine birçok klinikte uygulanmaktadır (Gümüş & Kamalak, 2010).

Amerikan Sağlık Enstitüsü'nün 1980 yılındaki "Sezaryenle Doğumda Görüş Birliği" adlı toplantısında alt segment transvers kesili sezaryen sonrası vajinal doğumun kabul edilebilir ve güvenilir olduğu belirtilmiştir (McMahon, 1998). 1998 yılındaki ACOG bildirisinde de alt segment transvers kesili gebelerin SSVD adayı oldukları ve bu gebelere vajinal doğum önerilmesinin sezaryen oranını azaltmada etkili olacağı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda SSVD için en uygun gebenin önceki alt segment transvers kesili, daha önce vajinal doğum yapmış ve uygun şekilde bilgilendirilmiş gebe olduğu belirtilmektedir (Martins, 1996). SSVD için gebenin kararını birçok faktörün etkilediği, üçüncü trimesterde kendisi ile konuşulup bilgi verilirse, üçte ikisinin vajinal yolla doğumu seçtikleri belirtilmiştir (Tumer, 1997).

Ülkemizde de SSVD'ye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Erzurum'da yapılan çalışmada SSVD başarı oranı 1999'da % 16, 2000'de % 17.8, 2001'de % 23.5, 2002'de %27.1 ve uterin rüptür oranı ise % 1.5 olarak belirlenmiştir (İngeç, Kumtepe, Özdiller, Coşgun & Kadanalı, 2002). Van'da 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 (Güngör, Ertaş & Moröy, 2005). Başka bir prospektif çalışmada da, perinatal mortalitenin gözlenmediği, perinatal morbiditenin % 13 olduğu, uterin rüptür oranının ise % 2.4 olduğu belirtilmiştir (Gözükara, 2006). Daha önce sezaryen geçirmiş 6318 gebe incelendiği çalışmada; 3249'unda SSVD denendiği, 2889'unun yeniden sezaryen olduğu belirlenmiştir. SSVD denenilen gebelerdeki başarı oranı % 60.4 (1262 gebe) ve uterin rüptür oranı % 0.3 olarak saptanmıştır (Gözükara, 2006). Sezaryen sonrası vajinal doğum, dikkatli seçilmiş kadınlarda çoğu zaman başarılı ve güvenli bir işlemdir. Daha önce sezaryen geçirmiş uygun gebelere vajinal doğum şansı verilmelidir. Tekrarlayan sezaryene göre başarılı SSVD daha az morbiditeye sahiptir. Çünkü daha az kan

transfüzyonu ve daha az postpartum enfeksiyon riskine, daha kısa hastanede kalma süresine sahiptir ve perinatal mortalitede artış meydana gelmemektedir (Himmetoğlu & Demirtürk 2003).

Sezaryen sonrası normal vajinal doğumun avantajları; annelerin kısa zamanda taburcu olabilmesi, kısa zamanda toparlanıp bebekleriyle daha iyi ilgilenebilmeleri, hastane enfeksiyonlarıyla daha az karşılaşmaları, anestezi komplikasyonları ve skar dokusu gibi komplikasyonlarla daha az karşılaşılması ve tekrar normal vajinal doğum yapma olasılığı olarak sayılabilir (Gümüş & Kamalak, 2010).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sosyal ve ekonomik problem boyutuna ulaşan artan sezaryen oranlarını makul seviyede tutabilmek için alınabilecek tedbirlerin şu şekilde olabileceği düşünülmektedir: Relatif endikasyonların azaltılması, sezaryen sonrası vajinal doğumun denemesi, elektif olguların normal vajinal doğuma teşvik edilmesi, ebe yardımı ile gerçekleştirilen doğumlarının yaygınlaştırılmasıdır. Ancak salt sezaryen oranını azaltmak için uygulanacak çok katı tedbirlerin, yarardan çok zarar getirebilecekleri de göz ardı edilmemelidir (Yalınkaya, Bayhan, Kale & Yayla, 2003).

### **2.2.7. Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihlerinde Etkili Olan Faktörler**

Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa normal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedir. Karar verme süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir (Sayiner, Özerdoğan, Giray, Özdemir & Savcı, 2009).

Özellikle son trimestirde gebeler, artık doğumu düşünmeye ve “doğum nerde nasıl olacak?” sorularına yanıt aramaya başlamaktadır. Bir yandan gebeliğin bir an önce sonlanmasını isterken diğer yandan da doğum eylemi bireyleri ürkütmekte ve doğumun ertelenmesini düşünerek ikilem yaşamaktadırlar. Bu süreçlerde kadınlar “karar verme” durumunda kaldığında ise anksiyetesi daha da artmaktadır. Doğru şekilde desteklenmeyen gebe birey çoğunlukla doğum şekli kararına katılmaktan kaçmakta ve kararı başkalarına veya hekime bırakmaktadır (Vatansever, 2009).

Normal süreçte ilerleyen gebeliklerde vajinal doğum, doğum sonu dönemde iyileşmenin daha hızlı olması, bebekle iletişimin ve etkileşimin daha çabuk kurulması ve kültürel nedenlere bağlı olarak tercih edilmektedir. Buna karşın bazı kadınlar vajinal doğumu uzun, ağrılı ve korkutucu bir olay olarak tanımladıklarından sezaryenle doğumu tercih edebilmektedir. Yapılan bir çalışmada son zamanlarda kadınların, hekimleri sezaryen endikasyonu görmediği halde, önceki doğum deneyimlerinden

memnun olmamaları, doğum korkularını engelleyememeleri, bebeklerinin sağlığı için endişelenmeleri gibi faktörlerden dolayı vajinal doğumu istemedikleri saptanmıştır. Ayrıca doğuma ilişkin en yaygın korkularının vajende yırtık oluşması ve onarımı olduğu belirlenmiştir. “Tokofobi” olarak adlandırılan ve doğum korkusu nedeniyle ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk gebe kadınların isteğe bağlı (elektif) sezaryen ile doğumu tercih etmelerine neden olmaktadır (Gözükara 2006). Galotti ve arkadaşları tokofobi konusunda yaptıkları bir çalışmada, en az altı kadından birinin doğum yapmaktan aşırı korktuğu için gebe kalmaktan vazgeçtiğini ve düşük yaptığını ortaya koymuştur (Galotti, Pierce & Reiner, 2000).

Birçok araştırmacı annede anksiyete ve korkunun neden ve sonuçları ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, gebe kadınların % 20’si korku yaşadığını ve % 6’sı sakat kalmaktan korktuğunu belirtmiştir (Thompson, Roberts, Currie & Ellwood, 1992). Bir çalışmanın sonuçlarına göre, hem kadın hem de erkeklerin % 80’inden fazlasının doğumla ilgili bazı korkulara sahip olduklarını bulmuştur. Kadınlar en çok önemsedikleri sıraya göre, malformasyonlu ya da yaralanmış incinmiş bir bebeğe sahip olmaktan, operasyonlu doğumdan, yabancı bir ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan ve doğumun nasıl olacağı ile ilgili belirsizliklerle karşı karşıya kalmaktan kaygı duyduklarını ifade etmişlerdir (Sayın, Berberoğlu & Varol, 2004). Birçok araştırma gebelik ve doğum sürecine ilişkin korkuların, planlanan sezaryen oranlarının artışında önemli nedenler olduğunu göstermektedir (Kitapçioğlu, Yanikkerem, Sevil & Yüksel, 2008).

Kadınların sezaryen kararlarını; aile, arkadaş ve sağlık personelinin desteği, evlilik ilişkisi, eşlerin travaydaki tutumu, önceki doğum deneyimi, plansız gebelik, gebelik ve doğumla ilgili olumsuz ya da karışık duygular, iyileşme süreci, doğumda kontrol hissi, doğum seklinin kadın için uygunluğu, istenildiği zaman uygulanır olması, gelecek planları, bebeğin güvenliği, yenidoğan bebeğin bakımı, zor travay ve sorun yasama korkusu, ağrı, kadının doğum bilgisi ve doktor önerileri etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların kararını daha çok doğum deneyimi ve olası obstetrik sorunların etkilediği, kişisel inanç ve davranışların tercihte etkili olmadığı belirtilmektedir. Ayrıca hastaneye daha sık gitme durumları, bebekle ilgili tersliklerin yaşanması, düşük riskinin olması nedeni ile gebelikte daha çok endişe yaşayan kadınların sezaryeni tercih ettiği görülmüştür. Kadınlar, doktorun teşvik etmesi, daha kısa sürede iyileşmek ve vajinal doğumu deneyimlemek isteme, kendisi ve bebeği için cerrahi operasyon istememesi gibi nedenlerle de sezaryen sonrası vajinal doğumu tercih edebilmektedirler (Gamble,

2000). Sezaryen sonrası vajinal doğum uygulaması için merkezlerin koşulları, ekibi ve deneyimi önemlidir. Anne adayları sezaryen sonrası vajinal doğuma istekli değil ise uygun olan sezaryen sonrası doğumun tekrar sezaryen ile gerçekleşmesidir. Vajinal doğum için önceki yıllarda, sezaryenden daha düşük ödeme yapılması, tekrar bir sezaryenin daha kısa zamanda yapılması ve istenilen zamanda uygulanması sezaryeni doktorlar için cazip hale getirmiştir. Bu nedenle yurt dışında vajinal doğuma daha yüksek bir ödeme yapılarak özendirme politikası uygulanmaktadır. Sigorta şirketleri ve hükümet tarafından sezaryen sonrası vajinal doğum için doktora sezaryen doğuma ödenenden % 20 daha fazla ödeme yapılmaktadır. Sezaryen sonrası vajinal doğumu özendirmek için yapılan ödül/ceza faktöründe, sezaryen sonrası vajinal doğum için kadına hastanede kaldığı her fazla gün için geri ödeme yapılmaktadır. Bu faktörlerin etkisiyle sezaryen sonrası vajinal doğum isteği artmaktadır. 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 (Gözükara, 2006).

Normal doğumu tercih edenlerin tercih nedenleri ise; normal doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi, hekim isteği, hastanede kendiliğinden gerçekleşmesi, kendini çabuk toplama isteği, annelik içgüdüsünü arttırmak ve ekonomik sebepler olarak sıralanmaktadır (Vatansever, 2009).

Son yıllarda Dünya’da, kadınların perinatal dönemde alacakları bakım ve tedavi konularında kararlara katılım ve seçim yapma haklarını destekleyen kadın-aile merkezli yaklaşımın benimsenmesiyle birlikte kadınların sezaryen doğum talebinde bulunma hakları olup olmaması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (Robson, 2001). Kadınların sezaryen doğum isteme hakkı olması tıbbi, yasal, etik ve ekonomik yönden incelenmiş ancak ortak bir karara varılamamıştır. Bu gibi durumlarda sağlık profesyonelinin öncelikle kadın ve ailesine ayrıntılı bir danışmanlık vermesi ve kadının tercih nedenlerini de dikkate alarak olumlu ve olumsuz yönleriyle birlikte sezaryen kararını tartışması önerilmektedir. Doğumla ilgili bilgilendirilmiş seçim yapabilmelerini desteklemek amacıyla gebe kadınlara sezaryen hakkında kanıta dayalı bilgi verilmelidir. Kadınların görüşlerini ve kaygılarını dikkate almak, karar alma sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir (Robson 2001; Şahin 2009)



### 2.2.8. Doğum Şekli Tercihinde Ebeğin Rolü

Gebe kadın ve ailesinin, doğum şekline karar vermelerinde en etkili olan sağlık personelinin birisi de ebelerdir. Ebeler, kadın gebe kalmayı düşündüğü andan itibaren özellikle perinatal dönemde gebe kadını ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak doğum şekline karar vermelerine yardımcı olmaktadır. Perinatal dönem, gebeliğin 20. haftasında başlayan ve yenidoğanın yaşamının ilk haftasına kadar geçen süreyi kapsar. Perinatal bakımın genel amacı; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir. Gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık deneyimlenen bir durum değildir. Ebeğin ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekmektedir. Ayrıca bebeğin doğumu sadece anne üzerinde değil, baba, kardeşler, büyükanne ve büyükbaba üzerinde de etki yapmaktadır. Onların tüm rollerinde, ilişkilerinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. Bu nedenle ebe, yenidoğanın da dahil olduğu bu yeni aile üyesini bütüncül bir yaklaşımla ele alıp gereksinimlerini değerlendirmelidir. Bu bağlamda perinatal ebelik yaklaşımı, gebe/lohusa ve ailesinin bu yeni duruma fiziksel ve psiko-sosyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek ve rehber olmaktır. Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri çok çeşitlidir. Bunlar:

- Sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlık,
- Gebelikten korunma ya da gebe kalma,
- Gebelik ve doğuma anatomik, fizyolojik ve psiko-sosyal adaptasyon,
- Gebeliği sürdürme ve izleme,
- Prenatal tanı yöntemlerine destek,
- Önceden var olan ya da gebelikle birlikte oluşan sağlık sorunları,
- Doğum eylemine yardım ve eyleme ilişkin sağlık sorunları,
- Sağlıklı yenidoğan bakımı,
- Yenidoğana ilişkin sağlık sorunları,
- Lohusa bakımı ve sağlık sorunları,

Aile üyelerinin gebelik, doğum ve yenidoğana olumlu uyumudur (Bektaş, 2008; Gözükara, 2006).

Görüldüğü gibi perinatal dönemde karşılanması gereken çok çeşitli sağlık bakım gereksinimleri vardır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için annenin bu dönemlere hazırlığı ve uyumu önemlidir. Bu gereksinimlerin tanınması bireyin yakından gözlemi ve izlemi ile mümkündür. Profesyonel ebe, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştıracaktır. Sağlık ekibi içinde ebeler en önemli sağlık eğitimcileridir. Ebeler gebe kadınları ve ailelerini yeterli ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı, karar vermesi gerektiğinde kişiyi desteklemeli ve kararına saygı duymalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir (Bektaş, 2008; Gözükara, 2006).

Ebeler gebe kadınları gebeliği süresince yakından değerlendirirken bilgi gereksinimlerini de göz önünde bulundurmalarıdır. Kadınların doğum şekilleri konusunda ne tür bilgilere sahip olduğunu, eksik ve yanlış olan bilgilerini belirleyerek bunlara ilişkin eğitim planlamalıdır. Tüm seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerini kadınla tartışmalı, kadının kendisi için uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmalıdır. Şayet herhangi bir riskli durum varsa ve gebe kadının tercihi dışında bir yöntem uygulanacaksa bu konuda kadını bilgilendirmeli, nedenlerini uygun bir şekilde ifade edebilmelidirler. Kadının doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini paylaşabilmeli, duygularını ifade edebileceği ortamlar yaratabilmelidirler. Doğum eylemi sırasında da kadının yanında bulunmalı, ihtiyacı olan bakımları vermeli, eylemle bas etmedeki başarı ile ilgili olumlu geribildirimler vererek kadını cesaretlendirmeli, eyleme aktif katılımını sağlayarak kendine olan güvenini artırmalı, uygulanacak her işlemde önce bilgi vermelidirler. Eylemin fizyolojisi ve patolojileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı, böylece eylemde normalden sapan durumları en kısa sürede belirleyerek ekiple paylaşabilmeli ve uygun girişimlerde bulunabilmelidirler. Perinatal dönemin sonunda sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olabilmek için etkili ebeler bakım hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu hizmetler ise geniş ölçüde eğitim, destek ve danışmanlık hizmetlerini içerir. Ebelerin bu alanlarda bilgili ve donanımlı olmaları dar anlamda kadın sağlığının, geniş anlamda ise aile sağlığının yükseltilmesi açısından önemlidir (Bektaş, 2008; Gözükara, 2006).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma, Sivas ilinde bulunan Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi ve Özel Sivas Anadolu Hastanesi'nde doğum yapan kadınların doğum şekline yönelik tercihleri ve doğum tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

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

Araştırma Sivas İl merkezinde bulunan Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi ve Özel Sivas Anadolu Hastanesi'nin doğum sonu servislerinde 08.12.2010- 08.03.2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Sivas İl merkezinde bulunan Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi ve Özel Sivas Anadolu Hastanesi'nin doğum sonu servislerinde doğum yapan kadınlar, örnekleme ise 08.12.2010- 08.03.2011 tarihleri arasında doğum yapmış olan, üç hastanenin doğum sonu servislerinde bulunan ve araştırmayı katılmayı kabul eden 800 kadın oluşturmaktadır. Araştırma örnekleme belirlenirken olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme kullanılmıştır.

#### **3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 1), literatür taranarak hazırlanmış olan Soru Formu (Ek 2) aracılığı ile toplanmıştır.

##### **Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Bu form, kadınların bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları anlatılmıştır.

## **Ek 2. Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Nedenlerini Belirleme Soru Formu:**

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Kara, 2004; Gözükara, 2006; Bektaş, 2008; Vatansever, 2009; Sayiner ve diğer., 2009) geliştirilmiş olup; 3 tane kapalı uçlu, 32 tane de açık uçlu sorunun yer aldığı toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

### **3.5. Ön Uygulama**

Doğum Şekline Yönelik Tercihler ve Nedenlerini Belirleme Soru Formu (Ek 2) ön uygulaması, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi ve Özel Sivas Anadolu Hastanesinde araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların 30'una 22.11.2010-03.12.2010 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan grup araştırma kapsamına alınmamıştır. Ön uygulama sonucunda belirlenen hata veya eksiklikler düzeltilerek asıl uygulamada kullanılacak olan soru formu geliştirilmiştir

### **3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırma için gerekli resmi izin alındıktan sonra (Ek 3), gerek ön gerekse asıl uygulamada doğum sonu servislerde yatan kadınların araştırmayı katılmayı kabul etmeleri ve hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formunu (Ek 1) okuyup onaylamaları beklenmiştir. Veri toplama formları uygulanmadan önce, doğum yapan kadınlara araştırmacı tarafından amaç açıklanmış ve izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Veri toplama formları, doğumdan sonraki 1-12 saatlik süre içerisinde kadının kendini rahat hissettiği bir dönemde uygulanmıştır. Formların uygulanması lohusa ile kurulan iletişime bağlı olarak 20-30 dakika sürmüştür. Formların uygulandığı ortamın koşulları değişken olup genel olarak en az 2 kişilik en fazla 6 kişilik hasta odalarında, lohusanın kendini rahat ifade edebileceği yanındaki refakatçilerin olmamasına özen gösterilerek uygulanmıştır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package For Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kadınların Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplamalarında (Ek 4)'de yer alan BKİ Değerlendirme Skalası kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik testler ve Khi-Kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesinde  $p < 0.05$  değeri temel alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Araştırma bulguları; kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, gebelik ve doğum özelliklerine ilişkin obstetrik bulgular ve doğum şekline etki eden faktörler olmak üzere üç başlık altında gruplandırılarak incelenmiştir.

### 1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma, Sivas il merkezinde bulunan üç hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu hastaneler; Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi ve Özel Sivas Anadolu Hastanesi'dir.

**Tablo 4.1: Kadınların Araştırma Kapsamına Alınan Hastanelere Göre Dağılımı**

<b>Araştırma Kapsamına Alınan Hastaneler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Devlet Hastanesi	469	58.6
Üniversite Hastanesi	177	22.2
Özel Hastane	154	19.2
<b>Toplam</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

Kadınların araştırma kapsamına alınan hastanelere göre dağılımlarına bakıldığında; araştırmaya katılmayı kabul eden kadın oranı Üniversite Hastanesi'nde % 22.2, Devlet Hastanesi'nde % 58.6 ve Özel Hastane'de % 19.2'dir (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan kadınların yaşlarına ilişkin dağılım incelendiğinde; % 38.6'sının 19-25 yaş grubunda, % 4.6'sının 18 yaş ve altı, 40 yaş ve üzeri kadınların oranı ise % 1.7 olduğu bulunmuştur. Kadınların öğrenim durumları değerlendirildiğinde; okur-yazar olmayan kadınların oranının % 0.2 ile toplam yüzde içinde en düşük paya sahip olduğu belirlenirken, en yüksek payı % 36.1 ile lise mezunu kadınların aldığı görülmektedir. Üniversite mezunu kadınların oranının ise % 23.9 ile önemli bir paya sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların mesleklerine göre dağılımları değerlendirildiğinde; en yüksek payı % 80'e yakın bir değerle "ev hanım"ları oluşturmaktadır. Öğretmen olan kadınların oranı % 7.6 ile ikinci sırayı, hemşire olanların oranı ise % 5 ile üçüncü sırayı almaktadır. Bu mesleklerin yanı sıra araştırma kapsamındaki kadınların sahip oldukları meslekler arasında; esnaf, ebe, elektrik teknikeri, memur, savcı, doktor, aile danışmanı ve bankacı bulunmaktadır. Eşinin öğrenim durumunu lise mezunu olarak belirten kadınların oranı % 48.8 iken, üniversite

mezunu olduğunu belirtenlerin oranı % 31.6 olarak belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin meslek durumuna ilişkin dağılım incelendiğinde; eşleri işçi olanların oranı % 41.1, eşinin işsiz olduğunu belirtenlerin oranı ise % 0.9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	18 yaş ve altı	37	4.6
	19-25 yaş	309	38.6
	26-32 yaş	300	37.5
	33-39 yaş	141	17.6
	40 yaş ve üzeri	13	1.7
<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar değil	2	0.2
	Okuryazar	14	1.8
	İlkokul mezunu	122	15.2
	Ortaokul mezunu	182	22.8
	Lise mezunu	289	36.1
	Üniversite mezunu	191	23.9
<b>Meslek Durumu</b>	Ev hanımı	631	78.9
	Öğretmen	61	7.6
	Hemşire	40	5.0
	Esnaf	16	2.0
	Ebe	12	1.5
	Elektrik teknikeri	10	1.2
	Memur	8	1.0
	Savcı	6	0.8
	Doktor	6	0.8
	Aile danışmanı	5	0.6
	Bankacı	5	0.6
<b>Eşin Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar	2	0.2
	İlkokul mezunu	51	6.4
	Ortaokul mezunu	104	13.0
	Lise mezunu	390	48.8
	Üniversite mezunu	253	31.6
<b>Eşin Mesleği</b>	İşçi	329	41.1
	Memur	319	39.9
	Esnaf	132	16.5
	Çiftçi	11	1.4
	İşsiz	7	0.9
	Emekli	2	0.2
<b>Sağlık Güvencesi</b>	SSK	345	43.1
	Emekli Sandığı	291	36.4
	Bağ-kur	99	12.4
	Yeşil Kart	60	7.5
	Özel Sağlık Sigortası	5	0.6
<b>Toplam</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>	

**Tablo 4.2: (Devamı) Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aylık Gelir Durumu</b>	750 TL ve altı	120	15.0
	751-1500 TL	511	63.9
	1501-2251 TL	121	15.1
	2252-3001 TL	28	3.5
	3002 TL ve üzeri	20	2.5
<b>Ekonomik Durum Değerlendirmesi</b>	İyi	188	23.5
	Orta	550	68.7
	Kötü	62	7.8
<b>İkamet Edilen Yer</b>	Şehir merkezi	598	74.8
	İlçe	128	16.0
	Köy	41	5.1
	Kasaba	33	4.1
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	621	77.7
	Geniş aile	170	21.2
	Parçalanmış aile	9	1.1
<b>Evlilik Yaşı</b>	13-18 yaş	220	27.5
	19-24 yaş	368	46.0
	25-30 yaş	174	21.8
	31 yaş ve üzeri	38	4.7
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>	Olmayan	735	91.9
	Olan	65	8.1
<b>Toplam</b>		<b>800</b>	<b>100.0</b>
<b>Sahip Olunan Kronik Hastalık*</b>	Hipertansiyon	12	18.5
	Astım	9	13.8
	Diabet	8	12.3
	Mide ülseri	6	9.2
	Bronşit	6	9.2
	Bel fıtığı	6	9.2
	Hepatit B	5	7.7
	Guatr	4	6.2
	Allerjik astım	4	6.2
	Akdeniz anemisi	3	4.6
	Romatit artrit	2	3.1
<b>Toplam</b>		<b>65</b>	<b>100.0</b>

\* Kadınların ifadelerine göre sürekli yaşadıkları tüm hastalık isimleri tabloya eklenmiştir.

Kadınlara sahip oldukları sağlık güvencelerini belirtmeleri istendiğinde; % 43.1'inin SSK, % 0.6'sının ise özel sağlık sigortası olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Kadınların hanelerine giren aylık gelir miktarına ilişkin dağılım incelendiğinde; gelirini 750 TL ve altı (asgari ücret altı) olarak belirtenlerin oranı % 15, 1501-2251 TL olarak



belirtenlerin oranı ise % 15.1'dir. Araştırmada eve giren aylık gelir miktarını 3002 TL ve üzeri olarak belirten kadınların oranı ise % 2.5 olarak saptanmıştır. Kadınların ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde; % 68.7'lik bir oranının ekonomik durumunu "orta" olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Ekonomik durumunu "kötü" olarak değerlendirenlerin oranı ise % 7.8'dir (Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan kadınlardan ikamet ettikleri yerleşim yerini belirtmeleri istendiğinde; % 75'i şehir merkezinde, % 4.1'i kasabada yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların aile yapılarına bakıldığında % 77.7'sinin anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile yapısına sahip olduğu, % 21.2'sinin anne, baba, çocuk, büyük anne, büyük baba vs. gibi bir aile yakını ile birlikte yaşayan geniş bir ailede bulunduğu, % 1.1'nin ise parçalanmış bir aile yapısında olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Kadınların evlilik yaşları incelendiğinde; % 27.5'inin 13-18; % 21.8'inin de 25-30 yaşında evlendiğini belirttiği görülmektedir. 31 yaş ve üzerinde evlendiğini belirten kadınların oranının ise % 4.7 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Araştırma kapsamına alınan kadınların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına ilişkin dağılıma bakıldığında; % 91.9'unun herhangi bir kronik hastalığı olmadığını belirttiği görülürken, kronik bir hastalığa sahip olanların oranı ise % 8.1'dir. Kronik hastalığı olduğunu ifade eden kadınlardan bu hastalığın ne olduğunu belirtmeleri istenildiğinde; % 18.5'i "hipertansiyon", % 13.8'i "astım", % 12.3'ü ise "diabet" hastası olduğunu söylemiştir. Bu hastalıkların yanı sıra kadınların belirttiği hastalıklar arasında; bel fitiği, alerjik astım, romatit artrit, hepatit b, guatr, bronşit, mide ülseri, akdeniz anemisi yer almaktadır (Tablo 4.2).

Araştırmada, kadınların sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra boy ve kilolarını belirtmeleri istenerek Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Kadınların boyları ile ilgili yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde; % 10'unun 145-154 cm, % 44.8'inin ise 165 cm ve daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kilo dağılımına bakıldığında; 52 ile 92 ve üzeri kg üzerinde değişiklik gösterdiği görülmüş, kilosunu 72-81 kg olarak belirtenlerin oranı % 38.1 iken 92 kg ve üzeri olanların oranı da % 5.5 olarak tespit edilmiştir. BKİ dağılımına göre ise % 0.6'sının zayıf, % 29.6'sının normal kilolu,

43.5'inin hafif şişman, % 25.8'inin obez ve % 0.5'inin ileri derecede obez olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3: Kadınların Kilo, Boy ve BKİ Dağılımları**

<b>Fiziksel Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Boy</b>	145-154 cm	80	10.0
	155-164 cm	362	45.2
	165 cm ve üzeri	358	44.8
<b>Kilo</b>	52-61 kg	151	18.9
	62-71 kg	188	23.5
	72-81 kg	305	38.1
	82-91 kg	112	14.0
	92 kg ve üzeri	44	5.5
<b>BKİ</b>	Zayıf	5	0.6
	Normal kilolu	237	29.6
	Hafif şişman	348	43.5
	Obez	206	25.8
	İleri derecede obez	4	0.5
<b>Toplam</b>		<b>800</b>	<b>100.0</b>

## 2. GEBELİK VE DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmada, kadınların gebelik ve doğum özelliklerine ilişkin veriler incelenmiş Tablo 4.4'te belirtilmiştir. Kadınların şimdiye kadar gerçekleştirmiş oldukları doğum sayıları incelendiğinde; % 90'ının 1-3 doğum yaptığı; % 9.5'inin 4-6 doğum gerçekleştirdiği ve % 0.5'inin ise 7 ve üzeri sayıda doğum yaptığı görülmektedir. Son gebeliğini isteyerek gerçekleştirip gerçekleştirilmeme durumuna ilişkin dağılıma bakıldığında; kadınların % 84.5'i isteyerek gebe kaldığını ifade ederken, % 15.5'inin ise bu gebeliğin planlanmamış bir gebelik olduğunu belirttiği saptanmıştır. Kadınların % 99.1 ile tamamına yakınının gebelikleri sırasında bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu ifade ederken, yalnızca % 0.9'luk bir oranın gebeliği süresince herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı görülmektedir. Sağlık kuruluşuna başvuru sayısı bakımından % 48.9'unun gebelikleri boyunca 5-8 kez, % 2.8'inin ise 13 ve daha çok sayıda sağlık kontrolü yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan kadınların % 28.6'sı gebelikleri boyunca sağlık kontrollerini sağlık ocağı ve devlet hastanesinde yaptırdığını belirtirken; yalnızca devlet hastanesinde sağlık kontrolü yaptıranların oranı % 18.1; bazen özel hastane bazen devlet hastanesi bazen de sağlık ocağında sağlık kontrolü yaptıranların oranı ise % 17.1'dir. Sağlık kontrollerini özel hastanede de devlet hastanesinde de yaptırdığını belirten kadınların oranı % 14; sağlık ocağında ve özel hastanede yaptıranların oranı ise % 12.4'tür. Gebelikleri süresince bir sağlık kuruluşunda sağlık kontrolü yaptırdığını belirten kadınlara gebelikleri süresince sağlık kontrolünü hangi sağlık personelinin yaptığı sorulduğunda "bazen ebe, bazen sağlık ocağı hekimi ve bazen kadın doğum uzmanı" cevaplarını verenlerin oranı % 31.4; "ebe ve kadın doğum uzmanı" diyenlerin oranı % 29.1; "kadın doğum uzmanı" cevabını verenlerin oranı ise % 28.1 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 4.4).

Kadınlara gebelikleri süresince sağlık kontrollerinin her zaman aynı doktor tarafından yapıp yapılmadığı sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde; % 70.2'sinin gebeliği süresince doktorunu değiştirmedeği belirlenirken, % 29.8'inin ise sağlık kontrolünün her zaman aynı doktor tarafından yapılmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların % 55.1'i doktorunun cinsiyetini erkek olarak belirtirken % 44.9'u ise doktorunun kadın olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4: Kadınların Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doğum Sayısı</b>	1-3	720	90.0
	4-6	76	9.5
	7 ve üzeri	4	0.5
<b>Son Gebeliğin İstenilme Durumu</b>	İsteyen	676	84.5
	İstemeyen	124	15.5
<b>Son Gebelik Süresince Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu</b>	Başvuran	793	99.1
	Başvurmayan	7	0.9
<b>Gebelik Süresince Sağlık Kontrolü Yaptırma Sayısı</b>	1-4 kez	176	22.0
	5-8 kez	391	48.9
	9-12 kez	211	26.3
	13 ve üzeri	22	2.8
<b>Gebelik Süresince Sağlık Kontrolünün Yapıldığı Sağlık Kuruluşları*</b>	Sağlık Ocağı-Devlet Hastanesi	229	28.6
	Devlet Hastanesi	145	18.1
	Özel Hastane-Devlet Hastanesi-Sağlık Ocağı	137	17.1
	Özel Hastane-Devlet Hastane	112	14.0
	Sağlık Ocağı-Özel Hastane	99	12.4
	Özel Hastane/Poliklinik	78	9.8
<b>Gebelik Süresince Sağlık Kontrolünü Yapan Personel</b>	Ebe-Sağlık Ocağı Hekimi-Kadın Doğum Uzmanı	251	31.4
	Ebe-Kadın Doğum Uzmanı	233	29.1
	Kadın Doğum Uzmanı	225	28.1
	Hemşire-Kadın Doğum Uzmanı	64	8.0
	Sağlık Ocağı Hekimi	27	3.4
<b>Sağlık Kontrollerinin Aynı Hekim Tarafından Yapılma Durumu</b>	Yapılan	562	70.2
	Yapılmayan	238	29.8
<b>Sağlık Kontrolleri Yapan Hekimin Cinsiyeti</b>	Erkek	441	55.1
	Kadın	359	44.9
<b>Sağlık Personelinin İstenilen Doğum Şeklini Sorma Durumu</b>	Soran	520	65.0
	Sormayan	280	35.0
<b>Kadınların Doğum Yapmadan Önce Planladıkları Doğum Şekli</b>	Sezaryen Doğum	423	52.9
	Normal Doğum	377	47.1
<b>Kadınların Doğum Şekilleri Hakkında Bilgi Alma Durumu</b>	Alan	613	76.6
	Almayan	187	23.4
<b>Kadınların Doğum Şekline Yönelik Bilgi Kaynakları</b>	Doktor	243	39.6
	Ebe-Doktor	176	28.7
	Kitap-Doktor	60	9.8
	Hemşire-Doktor	59	9.6
	Akrabalar-Doktor	49	8.0
	TV-Radyo-Doktor-Kitap	26	4.3

**Tablo 4.4: (Devamı) Kadınların Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Kadınların Doğum Şekline Karar Veren Kişi/Kişiler</b>	Doktor	356	44.5
	Doktor ve ben	257	32.1
	Ben ve eşim	154	19.2
	Ben ve ebe	33	4.2
<b>Kadınların Doğum Şekline Yönelik Edindiği Bilgiler Doğrultusunda Planladığı Doğum Şeklinin Değişme Durumu</b>	Değişmeyen	415	67.6
	Değişen	198	32.4
<b>Kadınların Doğum Şekline Karar Verirken Etkilendiği Kişiler</b>	Doktor	554	69.2
	Ebe	144	18.0
	Akrabalar	57	7.2
	Hemşire	45	5.6
<b>Kadınların Doğum Şekline Nasıl Karar Verilmesi Gerektiğine İlişkin Düşünceleri</b>	Doktor bilgi versin, ben ve eşim karar verelim.	278	34.8
	Doktor bilgi versin, ben karar vereyim.	188	23.5
	Doktor, ebe ve ben birlikte karar verelim.	172	21.5
	Doktor karar versin.	162	20.2
<b>Gerçekleştirilen Doğum Şekli</b>	Normal doğum	323	40.4
	Sezaryen doğum	477	59.6
<b>Toplam</b>		<b>800</b>	<b>100.0</b>

\* Kadınlara bu soru yöneltirken bu sağlık kuruluşları tek tek seçenekler halinde verilmiş ve birden fazla seçenek işaretleyebileceği belirtilmiştir.

Kadınların gebelikleri süresince sağlık kontrollerini yapan sağlık personellerinin istenilen doğum şeklini sorma durumu değerlendirildiğinde, % 35'ine istedikleri doğum şeklinin sorulmadığı görülmektedir. Bununla birlikte kadınların % 52.9'u doğum öncesinde sezaryen doğum yapmayı planladığını belirtirken % 47.1'i ise normal doğum yapmayı planladığını ifade etmiştir (Tablo 4.4).

Kadınların % 76.6'sının doğum şekilleri ile bilgi aldığı, % 23.4'ünün ise herhangi bir yerden doğum şekillerine yönelik bir bilgi almadığı belirlenmiştir. Doğum öncesi doğum şekillerine yönelik bilgiyi doktorundan aldığı ifade eden kadınların oranı % 39.6, ebe ve doktorundan aldığı ifade edenlerin oranı % 28.7, kitaptan ve doktorundan bilgi aldığı belirtenlerin oranı ise % 4.2'dir. Bu verilerden hareketle kadınların çoğunlukla doğum şekillerine ilişkin bilgileri doktorlarından edindikleri dikkat çekmektedir (Tablo 4.4).

Kadınların % 67.6'sı planladıkları doğum şeklinde herhangi bir değişiklik olmadığını belirtirken % 32.4'ü ise edindikleri bilgiler sonucunda doğum şekline ilişkin kararlarında değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Kadınların % 69.2'sinin doğum şekline karar verirken doktorundan etkilendiğini ifade ettiği görülmektedir. Kadınların % 18'i ise doğum şekline ilişkin kararlarında ebelerinin etkili olduğunu ifade etmiştir. Kadınların % 34.8'i doğum şekline karar verirken öncelikle doktordan bilgi alınması gerektiğini ve sonrasında eşi ile birlikte kendisinin karar vermesini doğru bulurken, % 23.5'i doktorun doğum şekillerine yönelik bilgilendirmeleri ışığında kendisinin karar vermesinin doğru olacağını düşünmektedir. “Doktor, ebe ve ben birlikte karar verelim.” diyen kadınların oranı % 21.5 iken yalnızca “Doktor karar versin.” diyenlerin oranı ise % 20.2'dir (Tablo 4.4).

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 59.6'sı sezaryen ile doğum yaparken % 40.4'ü ise normal doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların % 44.5'i doktorun karar verdiğini, % 4.2'si ise ebe ile birlikte kendisinin doğum şeklini kararlaştırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5: Kadınların Planladıkları Doğum Şekline Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Planlanan Doğum Şekli	Gerçekleştirilen Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Normal doğum	185	49.1	192	50.9	377	100.0
Sezaryen doğum	138	32.6	285	67.4	423	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 22.400$$

$$df = 1$$

$$p = 0.001$$

Kadınların doğumdan önce planladıkları doğum şekli ile gerçekleştirdikleri doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin söz konusu olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5,  $p < 0.05$ ). Doğum öncesinde normal doğum yapmayı planlayan kadınların % 50.9'u sezaryen doğum yaparken sadece % 49.1'inin normal doğum yaptığı saptanmıştır. Sezaryen doğum yapmayı planlayan kadınların ise % 67.4'ünün sezaryen ile doğum yaptığı, % 32.6'sının da normal doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).

### 3. DOĞUM ŞEKLİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelere göre kadınların gerçekleştirdikleri doğum şekilleri incelenmiştir.

**Tablo 4.6: Kadınların Doğum Yaptıkları Hastanelere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Hastane Türü	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Üniversite Hastanesi	55	31.1	122	68.9	177	100.0
Devlet Hastanesi	225	48.0	244	52.0	469	100.0
Özel Hastane	43	27.9	111	72.1	154	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 27.533$$

$$df = 2$$

$$p = 0.001$$

Tablo 4.6'da araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelere göre doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın söz konusu olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Devlet hastanesinde araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların % 48'i normal doğum ile % 52'si ise sezaryen doğum ile doğum yapmıştır. Özel hastanede doğum yapan kadınlarda ise normal doğum oranı % 28, sezaryen ile doğum oranı ise % 72'lerde gerçekleşmiştir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7: Kadınların Yaş Gruplarına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Yaş	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
18 yaş ve altı	14	37.8	23	62.2	37	100.0
19-25 yaş	137	44.3	172	55.7	309	100.0
26-32 yaş	121	40.3	179	59.7	300	100.0
33-39 yaş	45	31.9	96	68.1	141	100.0
40 yaş ve üzeri	6	46.2	7	53.8	13	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 6.486$$

$$df = 4$$

$$p = 0.166$$

Kadınların yaş grupları ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin söz konusu olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.7,  $p > 0.05$ ). 18 ve daha küçük yaşta olan kadınların % 37.8'i normal doğum yaparken % 62.2'si sezaryen doğum yapmıştır. 33-39 yaş aralığındaki kadınlarda normal doğum yapanların oranı % 31.9

iken sezaryen doğum oranı ise % 68.1'dir. Bütün yaş aralıklarında sezaryen doğum oranının, normal doğumdan daha yüksek oranda gerçekleşmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8: Kadınların Öğrenim Durumuna Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Öğrenim Durumu	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Okur-yazar	3	21.4	11	78.6	14	100.0
İlkokul mezunu	50	41.0	72	59.0	122	100.0
Ortaokul mezunu	90	49.5	92	50.5	182	100.0
Lise mezunu	123	42.6	166	57.4	289	100.0
Üniversite mezunu	55	28.8	136	71.2	191	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 22.498$$

$$df = 5$$

$$p = 0.001$$

Tablo 4.8'de kadınların öğrenim durumu ile gerçekleştirdikleri doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Okur-yazar olmayan kadınların tamamı normal doğum gerçekleştirmişken üniversite mezunu olanlarda bu oran % 28.8 şeklinde gerçekleşmiştir. Sezaryen ile doğum yapan kadınların oranının ise % 78.6 ile okur-yazar olanlarda daha yüksek oranda gerçekleştiği belirlenmiştir (Tablo 4.8).



**Tablo 4.9: Kadınların Mesleklerine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Meslek	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Ev hanımı	277	43.9	354	56.1	631	100.0
Öğretmen	3	4.9	58	95.1	61	100.0
Hemşire	13	32.5	27	67.5	40	100.0
Aile danışmanı	0	0.0	5	100.0	5	100.0
Doktor	4	66.7	2	33.3	6	100.0
Ebe	4	33.3	8	66.7	12	100.0
Esnaf	9	56.2	7	43.8	16	100.0
Elektrik teknikeri	4	40.0	6	60.0	10	100.0
Bankacı	3	60.0	2	40.0	5	100.0
Savcı	0	0.0	6	100.0	6	100.0
Memur	6	75.0	2	25.0	8	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 52.019$$

$$df = 10$$

$$p = 0.001$$

Kadınların meslekleri ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin söz konusu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9,  $p < 0.05$ ). Normal doğum yapan kadınların oranı % 75 ile memur olan kadınlarda ve % 66.7 ile doktor olan kadınlarda en yüksek düzeydedir. Aile danışmanı ve savcı olan kadınların tamamı, öğretmen olduğunu ifade edenlerin ise % 95.1'i sezaryen ile doğum yaptığını belirtmiştir (Tablo 4.9).

**Tablo 4.10: Kadınların Sağlık Güvencelerine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Sağlık Güvencesi	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
SSK	128	37.1	217	62.9	345	100.0
Emekli Sandığı	97	33.3	194	66.7	291	100.0
Yeşil Kart	45	75.0	15	25.0	60	100.0
Bağ-Kur	50	50.0	49	49.5	99	100.0
Özel Sağlık Sigortası	3	60.0	2	40.0	5	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 42.430$$

$$df = 4$$

$$p = 0.001$$

Tablo 4.10’ da kadınların sahip oldukları sağlık güvencesi ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin var olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Normal doğum yapma oranı % 75 ile Yeşil Kart sahibi olan kadınlarda, % 60 ile özel sağlık sigortası olan kadınlarda ve % 50.5 ile Bağ-Kur güvencesi olan kadınlarda en yüksek oranda seyrederken, sezaryen ile doğum yapma oranının sağlık güvencesini SSK (% 62.9) ve Emekli Sandığı (% 66.7) olarak belirten kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

**Tablo 4.11: Kadınların Aylık Gelirine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Aylık Gelir	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		n	%
	n	%	n	%		
750 TL ve altı	51	42.5	69	57.5	120	100.0
751-1500 TL	209	40.9	302	59.1	511	100.0
1501-2251 TL	50	41.3	71	58.7	121	100.0
2252-3001 TL	13	46.4	15	53.6	28	100.0
3002 TL ve üzeri	0	0.0	20	100.0	20	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 14.298$$

$$df = 4$$

$$p = 0.006$$

Kadınların aylık geliri ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11,  $p < 0.05$ ). Aylık gelirini 3002 TL ve üzeri olarak belirten kadınlarda normal doğum ya da sezaryen doğum şekillerini seçmede önemli bir farkın söz konusu olduğu görülürken diğer gelir gruplarında seçilen doğum şekilleri oranlarının çok büyük bir fark arz etmediği dikkat çekmektedir. Aylık gelirin 3002 TL ve üzeri olduğunu belirten kadınların tamamının sezaryen ile doğum yaptığını belirttiği görülmektedir. Kadınların aylık gelirlerini değerlendirmelerine yönelik düşünceleri ile doğum şekilleri karşılaştırıldığında ise istatistiksel bir anlamlılığın söz konusu olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.12: Kadınların İkamet Ettikleri Yere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

İkamet Edilen Yer	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Köy	20	48.8	21	51.2	41	100.0
Kasaba	11	33.3	22	66.7	33	100.0
İlçe	34	26.6	94	73.4	128	100.0
Şehir merkezi	258	43.1	340	56.9	598	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 13.931$$

$$df = 3$$

$$p = 0.003$$

Tablo 4.12’de kadınların ikamet ettikleri yer ile doğum şekilleri karşılaştırıldığında; ilçede yaşadığını ifade eden kadınların % 73.4’ü; kasabada yaşayan kadınların % 66.7’si; şehir merkezinde yaşayan kadınların % 56.9’u ve köyde yaşayan kadınların % 51.2’si sezaryen doğum yapmıştır. Normal doğum yapanların oranı ise % 48.8 ile köyde yaşayan kadınlarda en yüksek oranda gerçekleşmiştir (Tablo 4.12,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.13: Kadınların Aile Türüne Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Aile Türü	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Geniş aile	76	44.7	94	55.3	170	100.0
Çekirdek aile	243	39.1	378	60.9	621	100.0
Parçalanmış aile	4	44.4	5	55.6	9	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 1.786$$

$$df = 2$$

$$p = 0.409$$

Kadınların sahip oldukları aile yapısı ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.13,  $p > 0.05$ ). Geniş, çekirdek ve parçalanmış aile yapısına sahip kadınlarda sezaryen ile doğum oranının normal doğum yapma oranından daha yüksek bir yüzdeye sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.13).

**Tablo 4.14: Kadınların Evlilik Yaşına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Evlilik Yaşı	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
13-18 yaş	108	49.1	112	50.9	220	100.0
20-24 yaş	146	39.7	222	60.3	368	100.0
25-30 yaş	55	31.6	119	68.4	174	100.0
31 yaş ve üzeri	14	36.8	24	63.2	38	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 12.768 \quad d f = 3 \quad p = 0.005$$

Tablo 4.14'te kadınların evlendikleri yaş aralığı ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin söz konusu olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Sezaryen ile doğum yapan kadınların oranı % 68.4 ile 25-30 yaş aralığında evlendiğini belirtenlerde en yüksek iken normal doğum yapanların oranı 13-18 yaş aralığında evlendiğini ifade edenlerde % 49.1 ile en yüksek yüzdeye sahiptir (Tablo 4.14).

**Tablo 4.15: Kadınların Doğum Sayılarına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Doğum Sayısı	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
1-3 kez	291	40.4	429	59.6	720	100.0
4-6 kez	28	36.8	48	63.2	76	100.0
7 kez ve üzeri	4	100.0	0	0.0	4	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 6.302 \quad d f = 2 \quad p = 0.043$$

Kadınların doğum sayıları ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). 1-3 kez doğum yapan kadınların % 60'ı; 4-6 kez doğum yapan kadınların ise % 63.2'si bu doğumunu sezaryen ile gerçekleştirdiğini ifade ederken 7 ve daha üzeri doğum yapan kadınların tamamı normal doğum yaptığını belirtmiştir (Tablo 4.15).

**Tablo 4.16: Kadınların Sahip Olduğu Kronik Hastalıklara Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Kronik Hastalık Adı	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Akdeniz Anemisi	0	0.0	3	100.0	3	100.0
Hipertansiyon	6	50.0	6	50.0	12	100.0
Astım	4	44.4	5	55.6	9	100.0
Mide Ülseri	0	0.0	6	100.0	6	100.0
Bronşit	4	66.7	2	33.3	6	100.0
Guatr	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Hepatit B	0	0.0	5	100.0	5	100.0
Romatoid Artrit	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Alerjik Astım	0	0.0	4	100.0	4	100.0
Bel Fıtığı	6	100.0	0	0.0	6	100.0
Diabet	6	75.0	2	25.0	8	100.0
<b>Toplam</b>	<b>28</b>	<b>43.1</b>	<b>37</b>	<b>56.9</b>	<b>65</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 28.070 \quad df = 10 \quad p = 0.002$$

Tablo 4.16’da kronik hastalığa sahip olduğunu belirten kadınların sahip oldukları kronik hastalık ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin söz konusu olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Alerjik astım, romatoid artrit, hepatit b, mide ülseri ve akdeniz anemisi bulunan kadınların tamamının sezaryen ile doğum yaptığını ifade ettiği görülürken bel fıtığı olan kadınların tamamı, diabet hastası olan kadınların ise % 75’i normal doğum yaptığını ifade etmiştir (Tablo 4.16).

**Tablo 4.17: Kadınların Seçtikleri Doğum Şekline Karar Vermelerinde Etkili Olan Nedenlerin Dağılımı**

<b>Nedenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
“Doktor benim ve bebeğin sağlığının normal doğum için uygun olmadığını söylediği için sezaryen doğum yapmak durumunda kaldım.”	156	19.5
“Normal doğumun daha sağlıklı ve rahat olduğunu düşündüm.”	131	16.4
“İlk doğum sezaryen olduğu için bu da sezaryen olmak durumundaydı.”	112	14.0
“İlk doğum normal olduğu için normal doğumu istedim.”	70	8.8
“Genital siğil olduğu için sezaryen doğum yaptım.”	61	7.6
“Normal doğumdan korktuğum için sezaryen doğum istedim.”	60	7.5
“Sezaryen doğum, zor ve korkutucu olduğu için normal doğumu tercih ettim.”	46	5.8
“Ebe hanımlar normal doğum yapmam için desteklediler.”	42	5.2
“Doktorum sezaryen doğum yapmamı istedi.”	42	5.2
“Normal doğum riskli olduğu için sezaryen doğumu tercih ettim.”	29	3.6
“Doğumun ilerleyişinde bir sıkıntı olmadığı için normal doğum oldu.”	22	2.8
“Doğum çok hızlı ilerlediği için normal doğum yapmak zorunda kaldım.”	15	1.9
“Önceki normal doğumum/doğumlarım zor olduğu için bu kez sezaryen doğumu tercih ettim.”	8	1.0
“Doktorum normal doğum için uygun olduğumu söyledi ve beni teşvik etti.”	4	0.5
“IVF gebeliği olması nedeniyle kendim sezaryen doğum yapmak istedim.”	2	0.2
<b>Toplam</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

Kadınların doğum şeklini belirlemelerinde etkili olan en önemli üç nedenin şunlar olduğu görülmektedir: İlk olarak araştırma kapsamındaki kadınların doğum şeklini belirlemelerinde etkili olan nedenin “*Doktor benim ve bebeğin sağlığının normal doğum için uygun olmadığını söylediği için sezaryen doğum yapmak durumunda kaldım.*” şeklinde ifade edildiği görülmektedir. Bu ifadeden de anlaşıldığı üzere kadınların % 19.5’inin doğum şeklini belirlemesinde sağlıktan kaynaklanan bir zorunluluğun olduğu dikkat çekmektedir.

Doğum şeklinin belirlenmesinde etkili olan ikinci nedeni belirten “*Normal doğumun daha sağlıklı ve rahat olduğunu düşündüm.*” ifadesidir. Bu ifade ise kadınların % 16.4’ünün normal doğumun daha sağlıklı, rahat ve avantajlı olduğunu düşündüklerini ve bu nedenle normal doğumu tercih ettiklerini göstermektedir. Belirtilen doğum şekline etki eden nedenler arasında üçüncü sırada yer alan “*İlk doğum sezaryen olduğu için bu da sezaryen olmak durumundaydı.*” ifadesi de yine doğum

şeklinin belirlenmesinde sezaryen doğumun bir dezavantajı olan zorunluluğun söz konusu olduğu görülmektedir.

Bu üç neden haricinde doğum şeklinin belirlenmesinde etkili olan diğer nedenler ise normal doğumun riskli ve korkutucu olarak düşünülmesi, sezaryen doğumun riskli ve korkutucu olarak düşünülmesi, doktor/ebe vs. kişilerin doğum şekline ilişkin yönlendirmeleri, çeşitli sağlık sorunlarından kaynaklı olarak sezaryene yönelimler, önceki doğumlardan edinilen deneyimler olarak sıralanabilir.

**Tablo 4.18: Kadınların Gebelikleri Süresince Sağlık Kontrolünü Yapan Personele Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Sağlık Kontrolünü Yapan Personel	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Ebe-Doğum Uzmanı	80	34.3	153	65.7	233	100.0
Hemşire-Doğum Uzmanı	30	46.9	34	53.1	64	100.0
Sağlık Ocağı Hekimi	13	48.1	14	51.9	27	100.0
Doğum Uzmanı	82	36.4	143	63.6	225	100.0
Ebe-Sağlık Ocağı Hekimi-Doğum Uzmanı	118	47.0	133	53.0	251	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 11.369 \quad df = 4 \quad p = 0.023$$

Tablo 4.18’de kadınların gebelikleri süresince sağlık kontrolünü yapan personel ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Gebelikleri süresince sağlık kontrollerinin hem ebe hem de doğum uzmanı tarafından yapıldığını belirten kadınların % 65.7’si, yalnızca doğum uzmanı tarafından yapılanların ise % 63.6’sı sezaryen ile doğum yaparken sağlık kontrollerinin bir sağlık ocağı hekimi tarafından yapıldığını belirtenlerin % 48.1’i normal doğum yapmıştır (Tablo 4.18). Doktorunun cinsiyeti ve sağlık kontrollerinin gebelik süresince aynı doktor tarafından yapılıp yapılmama durumu ile kadınların doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.19: Kadınların Gebelikleri Süresince Sağlık Kontrolünü Yapan Sağlık Personelinin İstenilen Doğum Şeklini Sorma Durumuna Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Sağlık Personelinin İstenilen Doğum Şeklini Sorma Durumu	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Evet	194	37.3	326	62.7	520	100.0
Hayır	129	46.1	151	53.9	280	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 5.806 \quad df = 1 \quad p = 0.016$$

Sağlık personelinin nasıl doğum yapmak istediğini sorup sormama durumu ile kadının gerçekleştirdiği doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.19,  $p < 0.05$ ). Nasıl doğum yapmak istediği sorulan kadınların % 62.7'si sezaryen ile doğum yaparken, sorulamayanlarda ise bu oran % 53.9'a düşmektedir (Tablo 4.19).

**Tablo 4.20: Kadınların Doğum Şekline Yönelik Bilgi Kaynaklarına Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Doğum Şekline Yönelik Bilgi Kaynakları	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Ebe-Doktor	63	35.8	113	64.2	176	100.0
Hemşire-Doktor	25	42.4	34	57.6	59	100.0
Doktor	104	42.8	139	57.2	244	100.0
Akrabalar-Doktor	23	46.9	26	53.1	49	100.0
Kitap-Doktor	12	20.0	48	80.0	60	100.0
TV-Radyo-Doktor-Kitap	5	19.2	21	80.8	26	100.0
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>37.8</b>	<b>381</b>	<b>62.2</b>	<b>613</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 16.881 \quad df = 5 \quad p = 0.005$$

Tablo 4.20'de doğum şekillerine yönelik bilgi kaynakları ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin söz konusu olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Sezaryen ile doğum yapan kadınların % 64.2'si bu bilgiyi ebe ve doktorundan aldığını belirtmiştir. Doğum şekillerine ilişkin bilgiyi TV, radyo, doktor ve kitaplardan aldığını belirten kadınların oranı sezaryen ile doğum yapanlarda % 80.8 iken normal doğum yapan kadınlarda bu oran % 19.2 ile gerçekleşmiştir. Yine sezaryen ile doğum



yapanlarda doğum öncesinde doğum şekillerine yönelik bilgiyi, doktoru ve kitaplardan aldığını ifade eden kadınların oranı % 80 ile normal doğum yapan kadınlardan daha yüksek bir orana sahiptir (Tablo 4.20).

**Tablo 4.21: Kadınların Doğum Şekline Karar Verirken Etkilendiği Kişilere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Doğum Şekline Karar Verirken Etkili Olan Kişiler	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Ebe	73	50.7	71	49.3	144	100.0
Hemşire	27	60.0	18	40.0	45	100.0
Doktor	187	33.8	367	66.2	554	100.0
Akrabalar	36	63.2	21	36.8	57	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 35.946$$

$$df = 3$$

$$p = 0.001$$

Kadınların doğum şekline karar verirken etkili olan kişiler ile gerçekleştirilen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.21,  $p < 0.05$ ). Normal doğum yapan kadınların % 63.2'sinin doğum şekline karar verirken akrabalarından etkilendiği görülürken, bu oranın sezaryen ile doğum yapan kadınlarda % 36.8'e düştüğü görülmektedir. Sezaryen ile doğum yapan kadınların ise % 66.2'sinin doğum şekline karar verirken doktorundan etkilendiği ve bu oranın normal doğum yapanlarda % 33.8 olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.21).

**Tablo 4.22: Kadınların Doğum Şekline Nasıl Karar Verilmesi Gerektiğine İlişkin Düşüncelerine Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Doğum Şekline Nasıl Karar Verilmesi Gerektiğine İlişkin Düşünceler	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Doktor karar versin.	58	35.8	104	64.2	162	100.0
Doktor bilgi versin, ben karar vereyim.	99	52.7	89	47.3	188	100.0
Doktor bilgi versin, ben ve eşim karar verelim.	111	39.9	167	60.1	278	100.0
Doktor, ebe ve ben birlikte karar verelim.	55	32.0	117	68.0	172	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 18.254$$

$$df = 3$$

$$p = 0.001$$

Tablo 4.22’de kadınların doğum şekillerine nasıl karar vermek istedikleri ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Doğum şekline “Doktor, ebe ve ben birlikte karar verelim” diyen kadınların % 68’i sezaryen doğum yaparken, normal doğum yapan kadınların % 52.7 ile yarıdan fazlası “Doktor bilgi versin, ben karar vereyim.” düşüncesindedir (Tablo 4.22).

**Tablo 4.23: Kadınların Doğum Şekline Karar Veren Kişilere Göre Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Doğum Şekline Karar Veren Kişi	Doğum Şekli				Toplam	
	Normal Doğum		Sezaryen Doğum			
	n	%	n	%	n	%
Doktor	93	26.1	263	73.9	356	100.0
Doktor ve ben	125	48.6	132	51.4	257	100.0
Ben ve eşim	72	46.8	82	53.2	154	100.0
Ben ve ebe	33	100.0	0	0.0	33	100.0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>40.4</b>	<b>477</b>	<b>59.6</b>	<b>800</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 88.660$$

$$df = 3$$

$$p = 0.001$$

Kadınların gerçekleştirdikleri doğum şekline karar veren kişi/kişiler ile gerçekleştirilen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.23,  $p < 0.05$ ). Doğum şekline kendinin ve ebeinin birlikte karar verdiğini ifade eden kadınların tamamı normal doğum yaparken, doğum şekline doktorunun karar verdiğini belirten kadınların % 73.9’u sezaryen ile doğum yaptığını ifade etmiştir (Tablo 4.23).

## 5. TARTIŞMA

Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, özellikle riskli durumlarda sezaryen ile doğum hızında çok belirgin artış olmuştur (Güner, 2005). Sezaryen operasyonu 1960’larda tüm doğumlarda % 5 oranında yapılırken, 1980’lerde % 25-30 oranlarına kadar yükselmiştir. Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha ileri yaşta evlenmeleri, daha ileri yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, “Riskli gebelik” ve “Kıymetli bebek” kavramının ortaya atılması yer almaktadır (Özgünen & Evrücke, 2001; Dölen & Özdeğirmenci, 2004; Cunnigham, 2001). Kadınların sezaryeni tercih etmeleri ile ilgili literatür tarandığında ise Taffel’in çalışmasında sezaryen oranı % 23 olarak tespit edilmiş ve geçmiş yıllara göre artış gösteren sezaryen oranındaki etmenlerin; gebelik yaşının yükselmesi, ilk gebeliklerin daha ileriki yaşlarda planlanması, eğitim düzeyinin yükselmesi, doktor ve gebenin gebelik sonucu ile ilgili daha fazla kaygılanmaları olduğu ileri sürülmüştür. Sezaryen doğum tercihi oranı ortalama % 3-48 arasında bildirilmektedir (Taffel, 1994; Gamble, 2000; Gözükara, 2006; Leslie, 2004). Araştırmada ise kadınların % 60’ı sezaryen ile doğum yaparken % 40.4’ü ise normal doğum gerçekleştirmiştir (Tablo 4.4). Elde edilen sonucun literatürde elde edilen değerlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuç üzerinde araştırma kapsamında olan kadınların daha çok 20-29 yaş grubunda olmasının etkisi olduğu düşünülebilir.

TNSA 2008 sonuçlarına göre en yüksek doğurganlık hızı 25-29 yaşlar arasındadır. Yapılan bir çalışmada da sezaryenle doğum yapan kadınların ortalama 20-29 yaş grubunda oldukları belirlenmiştir (Kumtepe, 2004). Çivili’nin çalışmasında 34 ve üzeri yaşta, Qublan ve arkadaşlarının çalışmasında 35 ve üzeri yaşta, Tatar ve arkadaşlarının çalışmasında 32-42 yaş grubunda, TNSA 2003’de 35-49 yaş grubunda en yüksek sezaryen oranları tespit edilmiş ve yaşla sezaryen oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tatar, Günalp, Somunoğlu & Demiral, 2000; Çivili, 2005; Qublan, Alghoweri & Al-Taani, 2002). Araştırmada da bu çalışmalarda olduğu gibi yaş arttıkça sezaryen oranlarının arttığını görülmektedir. 18 ve daha aşağısında yaşta olan kadınların % 37.8’i normal doğum yaparken % 62.2’si sezaryen doğum yapmıştır. 33-39 yaş aralığındaki kadınlarda normal doğum yapanların oranı % 31.9 iken sezaryen doğum oranı ise % 68.1 olarak belirlenmiştir. Bütün yaş aralıklarında sezaryen doğum oranının, normal doğum oranından daha yüksek gerçekleşmiş olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Bir çok çalışmada yaş arttıkça

malprezantasyon, ilerlemeyen eylem, iri bebek, fetal distres, preeklamsi, plasenta previa gibi endikasyonların arttığı belirtilmektedir (Qublan et al., 2002). Bu nedenle yaş arttıkça sezaryen oranlarının artması doğal bir sonuç olarak düşünülebilir.

Yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi yükseldikçe kendi isteği ile sezaryenle doğum oranının arttığı, yine çalışan kadınların ev hanımlarına göre doğumlarını sezaryenle yapmak istedikleri saptanmıştır (Reis, Kumpınar & Çakmak, 2005). Araştırmada mesleğin gerçekleşen doğum şeklini etkileme durumuna bakıldığında, kadınların meslekleri ile doğum şekilleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Normal doğum yapma % 75 ile memur ve % 66.7 ile doktor olan kadınlarda en yüksek orandadır. Aile danışmanı ve savcı olan kadınların tamamı, öğretmen olduğunu ifade edenlerin ise % 95.1'i sezaryen ile doğum yaptığını belirlenmiştir (Tablo 4.9). Sonuçta, sosyoekonomik statünün yükselmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, doğum öncesinde normal doğum yapmayı planlayan kadınların % 50.9'u sezaryen doğum yaparken sadece % 49.1'inin normal doğum yaptığını bulunmuştur (Tablo 4.5). Elde edilen sonuç normal doğum tercihi ve gerçekleştirilmesi bakımından istendik düzeyde değildir.

Araştırmada okur-yazar olmayan kadınların tamamının normal doğum gerçekleştirdiği belirlenirken, üniversite mezunu olanlarda bu oranın % 28.8 bulunmuştur. Sezaryen ile doğum yapan kadınların oranının ise % 78.6 ile okuryazar olanlarda daha yüksek oranda gerçekleştiği saptanmıştır (Tablo 4.8). Güngör ve Gökyıldız'ın çalışmasında kendi tercihiyle sezaryen doğum yapma oranının çalışan ve eğitilmiş kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (Güngör, Gökyıldız & Nahcıvan, 2004). Araştırma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Sezaryenle doğumun maliyeti vajinal doğumla kıyaslandığında daha yüksektir. Bu nedenle ekonomik düzeyi yüksek kadınlar tarafından daha fazla tercih edilmekte ve uygulanmaktadır. Araştırmada da ekonomik düzey arttıkça sezaryen oranının arttığı görülmektedir (Tablo 4.11). Ülkemizde sosyoekonomik düzey arttıkça, sezaryen oranı da artmaktadır. Bursa'da Avcı ve Pala'nın (2004) yaptığı araştırmada, ekonomik durumun yükselmesi ile sezaryen oranının arttığı bulunmuştur. Kadınların sosyoekonomik düzeyleri arttıkça hastaneye ve sağlık kontrollerine daha sık gitmekte, kendileri ve bebeklerinin sağlık durumuna yönelik daha çok endişe yaşayabilmektedir. Bu durumun sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde sezaryen doğum oranı (TNSA) 2008 verilerine göre % 37 olup; bu oran kentlerde % 42 kırsal bölgelerde % 24 olarak bildirilmiştir. Araştırmada kadınların

ikamet ettikleri yer ile doğum şekilleri karşılaştırıldığında, şehir merkezinde yaşayan kadınların % 56.9' u ve köyde yaşayan kadınların % 51.2' si sezaryen doğum yapmıştır (Tablo 4.12). Hizmetlere ulaşımın elde edilen sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada; geniş, çekirdek ve parçalanmış aile yapısına sahip kadınlarda sezaryen ile doğum oranının normal doğum yapma oranından daha yüksek bir yüzdeye sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.13). Gözükara'nın (2004) araştırmasında ise geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlardan daha fazla oranda vajinal doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Geniş aileler genelde sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük geleneksel ailelerdir. Vajinal doğumun da daha geleneksel olması, maliyetinin daha az olması gibi nedenlerden dolayı bu ailelerde yaşayan kadınlar tarafından daha fazla tercih edildiği söylenebilir. Ayrıca geleneksel ailelerde aile büyüklerinin etkisinin olması ve kadının karar verme özgürlüğünün olmaması gibi faktörlerinde vajinal doğum tercihi etkili olabileceği düşünülebilir.

Yapılan birçok çalışmada kadınların çoğunun vajinal doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Akçay, 2001; Koca, Gül & Arslan, 1998; Köker, 2006). Bu çalışmalarda vajinal doğum tercih nedeni olarak en fazla vajinal doğumun doğal olması, doğum sonu dönemin daha az ağrılı ve iyileşmenin daha çabuk olması, daha ucuz olması, güvenli ve en iyi doğum şekli olması belirtilmiştir. Araştırmada ise kadınların doğum tercihini belirlemelerinde etkili olan sebebin "*Doktor benim ve bebeğin sağlığının normal doğum için uygun olmadığını söylediği için sezaryen doğum yapmak durumunda kaldım.*" şeklinde ifade edildiği görülmektedir (Tablo 4.17). Bu ifadeden de anlaşıldığı üzere kadınların % 19.5'inin doğum şeklini belirlemede sağlıktan kaynaklanan bir zorunluluğun olduğu dikkat çekmektedir.

Araştırmada, doğum şeklinin belirlenmesinde etkili olan ikinci neden "*Normal doğumun daha sağlıklı ve rahat olduğunu düşündüm.*" ifadesidir. Bu ifade ise kadınların % 16.4'ünün normal doğumun daha sağlıklı, rahat ve avantajlı olduğunu düşündüklerini ve bu nedenle normal doğumu tercih ettiklerini göstermektedir. Belirtilen doğum şekline etki eden sebepler arasında üçüncü sırada yer alan "*İlk doğum sezaryen olduğu için bu da sezaryen olmak durumundaydı.*" ifadesi de yine doğum şeklinin belirlenmesinde sezaryen doğumun bir dezavantajı olan zorunluluğun söz konusu olduğu görülmektedir. Bu üç neden haricinde doğum şeklinin belirlenmesinde etkili olan diğer sebepler ise normal doğumun riskli ve korkutucu olarak düşünülmesi, sezaryen doğumun riskli ve korkutucu olarak düşünülmesi, doktor/ebe vs. kişilerin doğum şekline ilişkin yönlendirmeleri, çeşitli sağlık sorunlarından kaynaklı olarak

sezaryene yönelimler, önceki doğumlardan edinilen deneyimler olarak sıralanabilir (Tablo 4.17).

TNSA 2008 verilerine göre kadınların sağlık personelinen en az bir kez doğum öncesi bakım (DÖB) alma oranı % 92'dir. Bu gebelerin % 89.5'i doktordan DBÖ hizmeti alırken sadece % 2.5'lik bir kısmı ebeden hizmet almıştır (TNSA,2008). Araştırma sonuçları TNSA 2008 verileri ile paralel olup; kadınların % 31.4'ünün ebe, sağlık ocağı hekimi ve kadın doğum uzmanından, % 29.1'inin ebe ve kadın doğum uzmanından, % 28.1'inin ise kadın doğum uzmanından DÖB aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Sadece ebeden alınan DÖB hizmetinin bulunmayışı ilgi çekicidir.

Gözükara'nın (2004), çalışmasında doğum öncesi bakım alma ile planlanan ve gerçekleştirilen doğum şekli açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (Gözükara, 2004). Araştırmada ise kadınların gebelikleri süresince sağlık kontrolünü yapan personel ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gebelikleri süresince sağlık kontrollerinin hem ebe hem de kadın doğum uzmanı tarafından yapıldığını belirten kadınların % 65.7'si; yalnızca kadın doğum uzmanı tarafından yapılanların ise % 63.6'sı sezaryen ile doğum yaparken sağlık kontrollerinin bir sağlık ocağı hekimi tarafından yapıldığını belirtenlerin % 48.1'i normal doğum yapmıştır (Tablo 4.18).

Yaşar ve arkadaşlarının çalışmasında (2007), doğum tercihinde etki eden kişiler incelendiğinde normal doğum tercih edenlerin % 52.9'u, sezaryen tercih edenlerin % 45.1'i bu tercihe doktor tarafından yönlendirildiğini belirtmiştir. Doktorların doğum tercihinde etkisi anlamlı bulunmamıştır. Gamble'nin çalışmasında (2001) doktorun sezaryeni önermesi nedeni ile sezaryen tercih oranı % 8 bulunurken, Çivili'nin çalışmasında (2005) bu oran % 38.1, Sayın ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) ise % 4.2 olarak bulunmuştur. Araştırmada ise normal doğum yapan kadınların % 63.2'sinin doğum şekline karar verirken akrabalarından etkilendiği görülürken, bu oranın sezaryen ile doğum yapan kadınlarda % 36.8'e düştüğü görülmektedir. Sezaryen ile doğum yapan kadınların ise % 66.2'sinin doğum şekline karar verirken doktorundan etkilendiği ve bu oranın normal doğum yapanlarda % 33.8 olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.21). 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.

Gözükara'nın (2004) yapmış olduğu çalışmada gebeliği boyunca aynı doktora sağlık kontrolü yaptırmanın ve doktorların cinsiyetinin planlanan ve gerçekleştirilen doğum şeklini etkilemediği istatistiksel açıdan gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur. (Gözükara, 2004). Sonuç araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Yaşar'ın (2007) araştırmasında katılımcıların doğum sekline göre yapmak istedikleri doğum şekli sorgulandığında sezaryen doğum yapanların % 72.9'unun aslında normal doğumu tercih ettiği bulunmuştur (Yaşar, Şahin, Coşar& Cevrioğlu, 2007). Duman'ın çalışmasında normal doğum yapanların % 81.6'sı yine normal doğumu tercih ederken, sezaryen doğum yapanların % 7'si normal doğumu tercih etmiştir. Araştırmada ise kadınların doğumdan önce planladıkları doğum şekli ile gerçekleştirdikleri doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin söz konusu olduğu görülmüştür. Doğum öncesinde normal doğum yapmayı planlayan kadınların % 50.9'u sezaryen doğum, % 49.1'i ise normal doğum yapmıştır. Sezaryen doğum yapmayı planlayan kadınların ise % 67.4'ü sezaryen ile doğum yaparken % 32.6'sı normal doğum yapmıştır (Tablo 4.5).

Araştırmada, hastanelere göre doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın söz konusu olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve özel hastanelerde doğum yapan kadınların tümünde sezaryenle doğum oranının normal doğum oranına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuçta genel olarak sezaryen doğum oranının yüksekliğinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2003) kadınların % 75'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Aslan, Demirci & Doğan, 2003). Araştırmada kadınların % 100 'inin sosyal güvencesinin olduğu ve sezaryen ile doğum yapma oranının sağlık güvencesini SSK (% 62.9) ve Emekli Sandığı (% 66.7) olarak belirten kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Sosyal güvencenin operatif işlemlere yönelik ödemeleri güvence altına almasının ortaya çıkan sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

**Araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir:**

- Sezaryen doğum oranının % 59.6, normal doğum oranının % 40.4 olduğu,
- Devlet hastanesindeki kadınların % 48'inin normal doğum yaptığı, özel hastanede doğum yapan kadınların ise % 72.1'inin sezaryenle doğum yaptığı,
- Kadınların % 78.9'unun ev hanımı olduğu, ev hanımı olan kadınların %56.1'nin sezaryenle doğum yaptığı,
- Kadınların % 74.8' inin şehir merkezinde yaşadığı, şehir merkezinde yaşayan kadınların % 56.6'unun sezaryenle doğum yaptığı,
- Kadınların % 38.6'sının 19-25 yaş aralığında olduğu, 19-25 yaş aralığındaki kadınların % 55.7 sinin sezaryenle doğum yaptığı belirlenmiştir.
- Kadınların % 99.1 ile tamamına yakınının gebelikleri sırasında bir sağlık kuruluşuna başvurduğu,
- Sağlık kuruluşuna başvuru sayısı bakımından % 48.9'unun gebelikleri boyunca 5-8 kez sağlık kontrolü yaptırdığı,
- Sağlık kontrolünü yapan sağlık personeli olarak "*bazen ebe, bazen sağlık ocağı hekimi ve bazen doğum uzmanı*" cevaplarını verenlerin oranının % 31.4 olduğu,
- % 70.2'sinin gebeliği süresince doktorunun değiştirmedığı ve % 55.1'inin de doktorunun cinsiyetini erkek olduğu,
- % 64'üne hangi doğum şekli ile doğum yapmak istediği ile ilgili sorunun sorulduğu,
- Doğum yapmadan önce% 52.9'unun sezaryen doğum, % 47.1'inin ise normal doğum yapmayı planladığı,
- % 76.6'sinin doğum şekilleri ile bilgi aldığı,
- Doğum şekillerine yönelik bilgiyi % 39.6'sının doktorundan, % 28.7'sinin de ebe ve doktorundan aldığı,
- Edindikleri bilgiler sonucunda % 67.6'sının planladığı doğum şeklinde herhangi bir değişiklik olmadığını, % 32.4'ünün ise doğum şekline ilişkin kararlarında değişiklik olduğu,
- Doğum şekline karar verirken % 69.2'sinin doktorundan, % 18'inin ise ebesinden etkilendiği,



- Doğum şekline kendisi ve ebeinin birlikte karar verdiğini ifade eden kadınların tamamının normal doğum, doğum şekline doktorunun karar verdiğini belirten kadınların % 73.9'unun sezaryen ile doğum, doğum şekline “Doktor, ebe ve ben birlikte karar vermeliyim” diyen kadınların % 68'inin sezaryen doğum yaptığı,
- Kadınların % 19.5'inin doğum şeklini belirlemede “Doktor benim ve bebeğin sağlığının normal doğum için uygun olmadığını söylediği için sezaryen doğum yapmak durumunda kaldım” ifadesinin etkili olduğu,
- Kadınların % 14' ünün ise “İlk doğumum sezaryen olduğu için buda sezaryen olmak durumundaydı” ifadesini kullandığı belirlenmiştir.

## **6.2.Öneriler**

- Özel hastanelerde gerçekleştirilen sezaryen endikasyonlarının özellikle isteğe bağlı sezaryenlerin önüne geçilmesi açısından yakından takip edilmesi,
- Temel sağlık hizmetleri içerisinde yer alan doğum öncesi bakım hizmetlerinin sunulmasında sağlık personelinin, özellikle ebelerin gebe kadın ve ailesine; gebelik süresince doğum şekilleri ve eylemi konusunda yeterli, anlaşılır ve kişiye özel eğitim ve danışmanlık hizmetini vermesi, doğum şekli kararına ailenin bilinçli ve aktif olarak katılımlarını sağlaması, yeterli bilgilendirme sonrasında yazılı onamlarını alması, korku ve endişelerini paylaşılacağı güvenli ortamlar oluşturması,
- Kurumda yapılan hizmetiçi eğitim programları içerisinde gebelik ve doğum eylemine yönelik konuların ele alınması,
- Gebe ve ailelerinin ihtiyaç duydukları konularda eğitim ve danışmanlık alabilecekleri gebe eğitim sınıflarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması,
- Doktorların doğuma bakış açılarının ve doğum şekli tercihlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışmanın planlanması,
- Doğum şeklinin belirlenmesinde danışman olarak ebeinin daha aktif rol almasının sağlanması,
- Doğum şeklinin belirlenmesinde, doktor, ebe ve ailenin işbirliği içinde olması
- Sezaryen oranının azaltılmasında hekimin performans değerlendirilmesinin azaltılmasının yanında, daha çok kadınların normal doğum kararı almaları konusunda destekleyici sağlık hizmetleri verilmesi,

- Son zamanlarda gelişmiş ülkelerde yapıldığı gibi bizim ülkemizde de, sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik çalışmaların (örn: sezaryen sonrası vajinal doğum yaptırılması) yapılması sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Arslan, H., Karahan, N., Çam Ç. (2008). Ebeliğin Doğası Ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* 2:54-59
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (1998). Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery, Washington,D.C., American College Obstetricians and Gynecologists, ACOG Practice Bulletin, No:2.
3. Avşaroğlu, S.(2007). Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı, Karar Verme ve stresle Başa çıkma Stillerinin Benlik Saygısı Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Doktora Tezi. Konya
4. Abbasi, H., Aboufalah, A., Morsad, F. (2000).Maternal Complications of Cesarean Section: Retrospective Analysis of 3 , 231 Interventions at the Casablanca University Hospital , Morocco *Sante* 10: 419 – 423
5. Aydın, E.(2001). Tıp Etiğine Giriş.1. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık
6. Avcı, K., Pala, K.(2004). Bursa İl Merkezi'ndeki Hastanelerde Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Doğum Oranları Ve Bunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. 9. Halk Sağlığı Günleri, GATA. 3-6 Kasım:522.
7. Akçay, T.(2001).Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Güvenilirliği, T Klin Jinekoloj Obst ,11.
8. Arslan, H., Demirci, N., Doğan, Y. (2003) Sezaryen Doğumların Seçiminde Etkili Faktörler. III.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Ankara. Kongre Kitab,247
9. Bektaş, E. (2008). Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
10. Burns, L.R., Geller, S.E., Wholey, D.R. (1995). The Effect of Physician Factors on the Cesarean Section Decision, *Medical Care*, 33(4): 365-82.
11. Brown, H.S.,(1996).Physician Demand For Leisure: İmplications For Cesarean Section Rates. *J Health Econ*.15: 233- 42.
12. Berksaç, S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A.(2001). Obstetrik Maternal-Fetal Tıp& Perinatoloji. MN Medikal & Nobel,1365-1372.

13. Ceylantekin, Y. (2006). Sezaryenle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Ve Sonrası Tecrübe Ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyon
14. Cunnigham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J. (2001). Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: *Williams Obstetrics*, p:537–565.
15. Convey DL et al. (1998). Elective Delivery Of Infants With Macrosomia In Diabetic Women: Reduced Shoulder Dystocia Versus Increased Cesarean Deliveries. *Am J Obstet Gynecol.* 178:922-5.
16. Çiçek, N., Gezginç, K. (2004). Operatif Doğumlar: Sezaryen , “*Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*”, (Edt. Çiçek N. Akyürek C. Çelik Ç. Haberal A.), Ankara, Güneş Kitabevi.
17. Çivili, D.(2005) Kadınların Doğum Sekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir.
18. Dölen, İ., Gökçü, M. (2002). Sezaryen ve Etik, *Kadın Doğum Dergisi*, 1: 1.
19. Duran, EH., Eroğlu, D., Sandıkçı, N. (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulamasının Gerekliği Üzerine Prospektif Bir Randomize Çalışma. *T Klin Jineköl Obst*, 12(1):16-19
20. Duman, Z., Köken, G., Şahin, F., Coşar, E., Arıöz, D., Aral, İ. (2007). Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum Ve Sezaryenle İlgili Düşünceleri. *Perinatoloji Dergisi* 15-1: 7-11
21. Dölen, İ., Özdeğirmenci, Ö. (2008), Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır? Türkiye’de Ve Dünya’da Güncel Nedir? *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*
22. Dönmez, S., Sevil, Ü. (2006). Rutin Epizyotomi Uygulamasının Gerekliği, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Ve Sanatı Dergisi* 2-3: 105-112.
23. Danforth, D.N, PhD, MD.(2003). Operative Delivery In: R.C. Benson. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*.939-948.
24. Ertem, G., Koçer, A.(2008). Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum. *Dirim Tıp Dergisi* 82:1-5
25. Erdemtok, M. (1997) Sezaryen Seksiyo Uygulanan Olguların Çeşitli Parametreler Yönünden İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi.

26. Gamble H. et al. (2000). Women's Request for a Cesarean Section: A Critique of Literature, *Birth*, 27: 256-273.
27. Gomes, U.A., Silva, A.A., Bettiol, H., Barbieri, M.A. (1999). Risk Faktors for the Increasing Cesarean Section Rate in South Brazil: Acomparison of Two Birth Cohorts 1978-1979 and 1994, *International Journal of Epidemiology*, 28: 687-694.
28. Gözükara, F. (2006). Primgravidaların Doğum Sekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
29. Gonen, R., Tamira, S. (2002). Obstetricians' Opinions Regarding Patient Choice İn Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*, 99:577- 80.
30. Graham, JD., Carroli, G., Davies, C., Medves, JM. (2005). Episiotomy Rates Around the World: An Update, *Birth*, September 32 (3): 219-223
31. Gül, N. (2008). Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi.
32. Gümüş, İ., Kamalak, Z. (2010). Sezaryan Sonrası Her Hastaya Normal Vajinal Doğum Denenebilir mi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 73-1:33-38
33. Gamble, J., Creedy D. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associate factors. *Birth*, 23:2
34. Güngör, E.S., Ertas, E., Moröy,P. (2005). Sezaryen Sonrası Vajinal Dogum:Güvenli midir?, *Perinatoloji Dergisi*, 13(4), 208-12
35. Galotti, K.M., Pierce, B., Reiner, R.L. (2000). Midwife or Doctor: A Study of Pregnant Woman Making Delivery Decisions, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(4), 320-29
36. Güngör, İ., Gökyıldız, Ş., Nahcıvan N. (2004). Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar . İstanbul Üniversitesi *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi* 53 .
37. Güner, H. (2005). Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi. Günes Kitabevi, Ankara,1549-1571.
38. Güner, H. (1998). Yüksek Riskli Gbeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Ankara: Atlas Kitapçılık, 591-603.

39. Hut, F. (2004). Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 Yıllarında Gerçekleşen 6727 Doğumvakasının Retrospektif Analizi Ve Sezaryen Oranları. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
40. Himmetoglu, Ö., Demirtürk, F.(2003). Sezaryen: Güncel Değerlendirme ve Kabul Edilebilir Sezaryen Oranlarının Sağlanması Yönünde Öneriler, Klinik Bilimler&Doktor, 4(9), 516-23.
41. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara.
42. İğde, F. (2004). Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 4: 137-139.
43. İnceç, M., Kumtepe, Y., Özdiller, O., Coşgun, S., Kanadalı, S. (2004). Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum. T Klin Jinekoloj Obstetrik. 14: 96-100
44. Kara, F.Ş. (2004). Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
45. Karaçam, Z., Eroğlu K. (2003). Effects Of Episiotomy On Bonding And Mother's Health. J Adv Nur, 43(4): 384-94
46. Kitapçıoğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D. (2008). Gebelerde Doğum Ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 9-1: 47-51
47. Konakçı, S.K., Kılıç, B. (2002). Sezaryenle Doğumlar Artıyor, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 8(11): 286-288.
48. Kumtepe, Y. (2004) 2000 Yılına Kadar Son 10 Yılda Kliniğimizde Doğumu Gerçekleştirilen Hastaların Epidemiyolojik İncelemesi Ve Maternal Mortalite Oranları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*,18:89-96.
49. Köker, İ. (2006).Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 321-365.
50. Koca, A., Gül, A., Aslan, H.(1998). Eski Sezaryen Olgularında Vajinal Doğumun Güvenirliği. Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi, (5): 151-154.
51. Lo, J.C. (2003). Patients attitudes vs. physicians' determination: implications for cesarean sections. Social Science & Medicine, (57): 91-96.

52. Linton, A., Peterson, M.R., Williams, T.V. (2004). Effect of Maternal Characteristics on Cesarean Delivery Rates Among U.S. Department of Defense Healthcare Beneficiaries 1996-2002, *Birth*, 31(1): 3-5.
53. Littleton, L.Y. (2002). *Maternal Neonatal and Woman's Health Nursing*, New York: Delmar Thomson Learning.
54. Leslie, M.S. (2004) Counseling Women About Elective Cesarean Section, *Journal of Midwifery & Woman's Health*, 49(2):155-59.
55. Martins, M.E. (1996). Vajinal birth After Delivery, *Clinic Perinatology*, 23, 141.
56. Olatunbosun, A., Ravichander, A., Turnell, R.W., Edouard L. (2002). The Influence Of Patient Preferences And Physician Practices On Cesarean Delivery. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 29: 19 - 21.
57. Okumuş, H., Mete, S., Yenil, K., Tokat, M. A., Figen, P. S. (2009). Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. Edt. Okumuş H., Mete S. Deomed Reklam Ve Yayıncılık Ltd. Ve Şti. İstanbul. s:83,89-99.
58. Özgüven, T., Evrüke, C. (2001). Sezaryen In: Beksaç S. (Eds), *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1322-1328.
59. Park, C.S., Yeoum, S.G., Choi, E.S. (2005). Study of Subjectivity in the Perception of Cesarean Birth, *Nursing and Health Sciences*, ( 7): 3-8.
60. Perlow, JH., Morgan, MA. (2001). Massive Maternal Obesity And Perioperative Cesarian Morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 170: 560-5
61. Pena, L., Arulkumaran, S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82:399-409.
62. Robson, MS., (2001). Can we reduce the caesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology* 15(1): 179-194.
63. Reis, E., Kumpınar, F., Çakmak, B. ve ark. (2005). Sezaryen Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. IV. Ulusal Hemsirelik Öğrencileri Kongresi. Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
64. Sayiner, F., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı A. (2009). Kadınların Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler, *Perinatoloji Dergisi*, 3: 104-112.
65. Sayiner, FD., Demirci, N. (2007). Prenatal Perineal Masajın Vajinal Doğumlarda Etkinliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 15 (60) : 146-154
66. Sayın, C., Berberoglu, U., Varol, FG. (2004). Sezaryenle Doğum Yapmış Sağlık Personelinde Doğum Sonrası Memnuniyet ve Takip Eden Gebelikte Doğum Sekli Tercihi, *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi* (18):82-88.

67. Şahin, NH., Güngör,  ., Sömek, A. (2007). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir  zel Hastane  rneklemi, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 21 (4):197-204.
68. Şahin, NH. (2009). Secti-Sezaryen: Yaygınlığı Ve Sonuçları, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3.2009.*
69. Şahin, NH., Yıldırım, G., Aslan, E. (2007). Evaluating the Second Stages Of Deliveries Maternity Hospital, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 17(1); 37-43
70. Taşkın, L. (2008). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, V. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
71. Tatar,M.,G nalp,S.,Somunoglu,S.,Demiral,A.(2000).Women’s Perceptions of Caesarean Section: Reflections From a Turkish Teaching Hospital, *Social Science and Medicine*, 50(9), 1227-33.
72. Thampson,J., Roberts,L., Currie,M., Ellwood,D.(1992).Prevalence and Persistence of Health Problems After Childbirth, Associations With Parity and Method of Birth, 22(2), 159-62.
73. Taffel, SM. (1994)Caserean delivery in the United States, *Vital Health Stat*, (21):1-24.
74. Türkiye N fus ve Sağlık Araştırması (2003). Hacettepe Üniversitesi N fus Et tleri Enstitüsü, Ankara
75. Türkiye N fus ve Sağlık Araştırması (2008). Hacettepe Üniversitesi N fus Et tleri Enstitüsü, Ankara.
76. Turner,M.J. (1997). Delivery After One Previous Cesarean Section, *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 176, 741.
77. Turnbull, DA., Wilkinson, C., Yaşar, A., Carty, V., Svigos, JM., Robinson, JS. (1999). Women’s role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Medical Journal of Australia* 170:580-583.
78. Vatansever, Z. (2009). Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının  ncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,  zmir.*
79. Williams, A., Herron Marx, S., Knibb, R.(2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs* ,16(3): 549-561



80. Yaşar, Ö., Sahin, FK., Cosar, E., Cevrioğlu, AS.(2007).Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. J Gynecol Obstet ,(17):414-420.
81. Yalınkaya, A., Bayhan, G., Kale, A., Yayla, M. (2003). Dicle Üniversitesinde 20 Yıllık Sezaryen Oranı Ve Endikasyonu, T. Klin Gynecol Obst Dergisi, 13: 356-360
82. Yılmaz, M., İsaoglu, Ü., Kadanalı, S. (2009). Kınığimizde 2002-2007 Yılları Arasında Sezaryen Olan Hastaların İncelenmesi, *Marmara Medical Journal* 2009;22(2);104-110.
83. Yumru, E., Davas, İ., Baksu, B., Altındaş, A., Mert, M. (2000). 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları, *Perinatoloji Dergisi*, 8: 3-4.
84. Qublan,H., Alghoweri,A., Al-Taani,M., ve ark.(2002)Ceserean Section Rate: The Effect of Age and Parity, *Journal Obstetrics and Gynecology*, 28(1), 22-25.

## EKLER

### EK 1

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

#### SİVAS İL MERKEZİNDE DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNE YÖNELİK TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Gebelik süresince doğum şeklinin nasıl olacağı ile ilgili endişe yaşanmaktadır. Doğumun şekli belirlenirken, sezaryenin mi yoksa normal doğumun mu daha iyi olacağına karar verilememektedir. Karar verme süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bu nedenle kadınların tercih ettikleri doğum şekli ile gerçekleştirdikleri doğum şeklinin aynı olup olmadığı ve doğum şekli kararında etkili olan kişilerin saptanmasının gerek anne sağlığı gerekse bebek sağlığına olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

**Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bu günün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginiz için teşekkür ederiz.**

---

**YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK ARAŞTIRMAYA KATILMAYI  
KABUL EDİYORUM.**

Tel. No: .....

TARİH

ADI-SOYADI

İMZA

## EK 2

### DOĞUM ŞEKLİNE YÖNELİK TERCİHLERİ VE NEDENLERİNİ BELİRLEME SORU FORMU

1. **Kişi no:** .....
2. **Boy:** .....
3. **Kilo:** .....
4. **BKİ:** .....
5. **Çalışma yapılan yer:**  
 Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
 Sivas Devlet Hastanesi  
 Özel Sivas Anadolu Hastanesi
6. **Yaşınız:** .....
7. **Öğrenim durumunuz:**  
 Okuryazar değil  
 Okuryazar (ilkokulu bitirmemiş)  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu
8. **Mesleğiniz:** .....
9. **Eşinizin öğrenim durumu:**  
 Okuryazar değil  
 Okuryazar (ilkokulu bitirmemiş)  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu
10. **Eşinizin mesleği:**  
 Memur  
 İşçi  
 Esnaf  
 İşsiz  
 Diğer (Açıklayınız: .....) )
11. **Sağlık güvence durumunuz:** .....
12. **Aylık gelir durumunuz (YTL olarak):** .....
13. **Aylık gelir durumunuzu göz önüne alarak ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**  
 İyi  
 Orta  
 Kötü
14. **Şu an nerede yaşıyorsunuz?**  
 Köy

- Kasaba
- İlçe
- Şehir merkezi

**15. Aile şekliniz?**

- Geniş aile (anne, baba, çocuk, büyük anne, büyük baba)
- Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar)
- Parçalanmış aile (anne ve çocuklar)

**16. Evlilik yaşıınız? .....**

**17. Doğum sayınız: .....**

**18. Sürekli devam eden (kronik) bir hastalığınız var mı?**

- Evet (Açıklayınız: .....) )
- Hayır

**19. Bu gebeliğinizi isteyerek/planlayarak mı gerçekleştirdiniz?**

- Evet
- Hayır

**20. Gebeliğiniz süresince sağlık kontrolü için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?**

- Evet
- Hayır

**21. Gebeliğiniz süresince kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduğunuz?**

.....

**22. Gebeliğiniz süresince sağlık kontrollerinizi nerede yaptırınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Sağlık ocağı
- Devlet hastanesi
- Özel hastane-poliklinik
- Özel muayenehane
- Diğer (Açıklayınız) .....

**23. Gebeliğiniz süresince sağlık kontrolleriniz hangi sağlık personeli tarafından yapıldı?**

- Ebe
- Hemşire
- Sağlık ocağı doktoru
- Doğum uzmanı
- Diğer (Açıklayınız) .....

**24. Gebeliğiniz süresince gittiğiniz sağlık kontrolleri aynı doktor tarafından mı yapıldı?**

- Evet
- Hayır

**25. Doktorunuzun cinsiyeti nedir?**

- Kadın  
 Erkek

**26. Gebelikte sağlık kontrollerinizi yapan kişi size nasıl doğum yapmak istediğinizi sordu mu?**

- Evet  
 Hayır

**27. Doğumu gerçekleştirmeden önce planladığınız doğum şekli neydi?**

- Normal doğum  
 Sezaryen doğum

**28. Gebeliğiniz süresince doğum şekilleri hakkında bilgi aldınız mı?**

- Evet  
 Hayır (Cevabınız hayır ise 31. soruya geçiniz.)

**29. Doğum şekline karar verirken kimlerden/nerelerden bilgi aldınız?**

- Ebe  
 Hemşire  
 Doktor  
 Akrabalar  
 Kitaplar  
 Televizyon, radyo

**30. Yapılan bilgilendirme/egitimden sonra doğum sekinizle ilgili tercihinizde herhangi bir değişim oldu mu?**

- Evet  
 Hayır

**31. Bu doğum şekline karar verirken kararınızı kim etkiledi?**

- Ebe  
 Hemşire  
 Doktor  
 Akrabalar

**32. Doğum sekinize nasıl karar vermek isterdiniz?**

- Doktor karar vermeli  
 Doktor tarafından bilgilendirildikten sonra ben karar vermeliyim  
 Doktor tarafından bilgilendirildikten sonra ben ve eşim karar vermeliyiz  
 Doktor, ebe ve ben birlikte karar vermeliyiz

**33. Doğumunuzu hangi şekilde gerçekleştirdiniz?**

- Normal doğum  
 Sezaryen doğum

**34. Normal/Sezaryen doğum şeklini tercih etmenizde neler etkili oldu? Açıklayınız.**

.....  
.....

**35. Doğum sekinize kim karar verdi? .....**

**EK 3**



**T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü**



Sayı :B.104.ISM.4.5800.09-773443  
Konu : Uygulama

16/12/2010

*Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü*

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 06/12/2010 tarihli ve 2007-5504 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sema OKTAY'ın "Sivas İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler" konulu yüksek lisans tez çalışmasını 08Aralık-31 Şubat 2011 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesinde uygulayabilmesi için alınan Onay yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Vakıf ÖZMERCAN  
Sağlık Müdürü

Ekler:

Onay (1 Adet)

Dağıtım:

Sivas Devlet Hastanesi Baştabipliği  
Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü

## EK 4

### BEDEN KİTLE İNDEKSİ DEĞERLENDİRME SKALASI

BKİ	Değerlendirme
18.5 kg/m <sup>2</sup> 'nin altı	Zayıf
18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup>	Normal kilolu
25-29.9 kg/m <sup>2</sup>	Hafif şişman
30-39.9 kg/m <sup>2</sup>	Obez
40 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	İleri derecede obez

**Kaynak:** Attila, S. (2006). Kronik ve Dejeneratif Hastalıklarda Beslenme, Güler, Ç. & Akın, L. (Eds.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, (ss: 818-821).