

T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK BÖLÜMÜ ANABİLİM DALI

DOĞUM ALANINDA ÇALIŞAN  
HEKİM VE EBELERİN  
DOĞUM ŞEKİLLERİNE İLİŞKİN  
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeşim AKSOY

HAZİRAN-2007

SİVAS

T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK BÖLÜMÜ ANABİLİM DALI

DOĞUM ALANINDA ÇALIŞAN  
HEKİM VE EBELERİN  
DOĞUM ŞEKİLLERİNE İLİŞKİN  
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeşim AKSOY

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr Handan GÜLER

HAZİRAN-2007

SİVAS

Benim için her konuda rol modeli olan sevgili danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER'e, çalışmamın her alanında benden yardım ve desteğini eksiltmeyen hocam Öğr. Gör. Sermin TİMUR'a, maddi-manevi desteğe ihtiyacım olduğu günlerde bana destek olan aileme, stresli günlerimde benim yanımda olan Serdar DERYA, Emel ELEM, Nafiye ÇELEBİ, Demet YÜCER, Hatice AYDEMİR ve Hatice BEKTAŞ'a teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	5
1.3.Genel Bilgiler.....	5
<b>2.ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ.....</b>	<b>22</b>
2.1.Araştırmanın Tipi.....	22
2.2.Araştırmanın Yeri.....	22
2.3.Araştırmanın Evreni.....	24
2.4.Araştırmanın Örneklemi.....	24
2.5.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
2.6.Verilerin Toplanması.....	24
2.6.a. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	24
2.6.b.Ön Uygulama.....	25
2.6.c.Veritoplama Araçlarının Uygulanması.....	26
2.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
<b>3.BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
<b>4.TARTIŞMA.....</b>	<b>43</b>
<b>5.SONUÇLAR, ÖNERİLER.....</b>	<b>56</b>
5.1.Sonuçlar.....	56
5.2.Öneriler.....	57
<b>6.ÖZET.....</b>	<b>58</b>
<b>7.SUMMARY.....</b>	<b>60</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>62</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>73</b>
Ek-1:Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	74
Ek-2:Hekim ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Soru Formu.....	75
Ek-3:Doğum Alanında Çalışan Hekim ve Ebelerin Doğum Şekillerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Soru Formu.....	76

## TABLolar LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	28
<b>Tablo 2.</b> Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	29
<b>Tablo 3.</b> Hekim ve Ebelerin Kendi ya da Eşlerinin Doğum Şeklinin Dağılımı....	30
<b>Tablo 4.</b> Hekim ve Ebelerin Doğum Şekline Yönelik Kişisel Tercihlerinin Dağılımı.....	31
<b>Tablo 5.</b> Hekim ve Ebelerin Sezaryen Doğum Tercih Nedenlerine Yönelik İfadelerinin Dağılımı.....	32
<b>Tablo 6.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Doğum Şekline Yönelik Kişisel Tercihlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 7.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Daha Önce Yapılan Doğum Şekline Göre Kişisel Doğum Şekli Tercihlerinin Dağılımı.....	34
<b>Tablo 8.</b> Hekim ve Ebelerin En Sağlıklı Doğum Şekline İlişkin İfadelerinin Dağılımı .....	35
<b>Tablo 9.</b> Hekim ve Ebelerin Doğum Şekillerini Sağlıklı Görme Nedenlerinin Dağılımı.....	36
<b>Tablo 10</b> Doğum Şekillerine Yönelik Verilen Olumlu İfadelere Hekim ve Ebelerin Katılma Durumlarının Dağılımı.....	38
<b>Tablo 11</b> Doğum Şekillerine Yönelik Verilen Olumsuz İfadelere Hekim ve Ebelerin Katılma Durumlarının Dağılımı.....	41

## **1. GİRİŞ**

### **1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

Doğum olayının farklı yönleri insanlar tarafından sürekli araştırılmış ve incelenmiştir. Bunun nedeni doğumun anlamının bireylere göre değişim göstermesidir. Doğuma verilen anlam yalnızca bu olayı yaşayan bireyin verdiği anlam değildir. İçinde yaşanılan toplumun değerleri, inançları ve kültürel özellikleri bireylerin doğumu algılamasını etkiler. Ayrıca sağlık çalışanlarının doğum olayına verdiği anlam ve kadına yaklaşımı da bireylerin doğum algılarını etkiler.

Doğum kadının fiziksel, ruhsal durumunda ve yaşam tarzında bazı değişikliklere neden olmasına rağmen normal ve fizyolojik bir süreçtir. Bu sürecin sağlığı olumsuz yönde etkilemeden devam etmesinde ve sonlanmasında birçok etken rol oynamaktadır. Bu etkenlerden biri de tercih edilen doğum şeklidir. Doğumda iki doğum şekli vardır. Birincisi normal vajinal yol, ikincisi ise sezaryen operasyonu ile doğumun gerçekleştirilmesidir (Gorrie et.al 1998, Yılmaz 2002).

Normal vajinal doğum, fetusun ve eklerinin vajinal yolla doğmasıdır (Özgünen, Evrücke 2001, Beksaç ve ark 2001, Taşkın 2002). Sezaryen doğum ise fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (Erdoğan ve ark 1991, Boran ve ark 1999, Pillitteri 1999, Temel 1999, Cunningham et.al.2001, Taşkın 2002, De Cherney, Nathan 2003).

Sezaryen oranlarının artmasının önemli nedenlerinden biri yaklaşık 25 yıl önce Amerika'da "sezaryenin en iyi doğum şekli olduğu" konusundaki görüşü benimseyen ve bu görüşü uluslararası platforma taşıyarak diğer ülke doktorlarını ve dolaylı yoldan da anne adaylarını etkileyen doktorların varlığıdır (Tan 2001). Doğum eyleminde anne ile tüm gece kalmak yerine, 40 dakika süreli, programlanan bir operasyon hekim için daha kolaydır (Spellacy 1991). Sezaryenin vajinal doğuma göre daha kısa sürede olması ve vajinal doğuma daha düşük

ödeme yapılması sezaryeni doktorlar için daha cazip kılmaktadır (Hopkins 2000, Yıldız 2006, Kılış 2004). Ayrıca her geçen gün kadınların normal doğuma göre sezaryen doğuma olan talepleri hızla artmaktadır.

Bütün bunlara karşın daha yaşlı ve tecrübeli hekimlerin daha az sezaryen tercih edip daha çok forseps kullandıkları, daha fazla vajinal makat doğum yaptırdıkları bilinmektedir. Ayrıca bu hekimler daha önce sezaryen geçirmiş kadınlarda vajinal doğumu daha cesurca yapmaktadırlar. Eğitim hastanelerinde sezaryen oranı daha düşüktür. Gelişmiş ülkeler içinde Amerika ve Brezilya en yüksek, Çekoslovakya, Avusturya ve Belçika ise en düşük sezaryen oranına sahiptir (Gilstrap, Cunningham, Vandorsten 2002). Hastane ücretlerinin sezaryende vajinal doğuma oranla çok daha yüksek, hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu düşünülürse, sezaryen endikasyonunu belirlerken çok daha dikkatli davranmak gerektiği açıktır. Üstelik sanıldığı aksine sezaryen yapmakla zor bir vajinal doğumun neden olabileceği nörolojik defisitlerin insidansını azaltma ya da mental performansı yükseltme arasında kanıtlanmış bir ilgi yoktur (De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004). Sezaryen operasyon oranlarındaki artışın bir nedeni de doğum uzmanlarının kadınların doğum tercihlerine karar verme aşamasında istedik katkıyı vermemeleridir (Florica et.al 2006) Doğum yaptıran kişiler kadınlara normal vajinal doğum ve sezaryenin olumlu ve olumsuz yönlerine yönelik yeterli açıklamalarda bulunmamaktadırlar. Bu nedenle sezaryen sonrası gelişen komplikasyonlar sonucunda kadınlar operasyonu yapan kişiye yönelik davalar açmaktadırlar (McFarlin 2004).

Sezaryen uygulamasının rutin hale gelmesi, çeşitli etik tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Örneğin günümüzde en sık sezaryen uygulama nedeni isteğe bağlı olan, tıbbi endikasyon olmadan yapılan sezaryenlerdir. Bu durumda, herhangi bir tıbbi gereklilik olmaksızın anne adayının tercihi ile bebek normal süresini doldurduktan sonra, karşılaştırılan bir günde sezaryen ile doğum yaptırılmaktadır (Ataç ve ark.2004). Ne fetal ne de maternal endikasyon olmamasına karşın gebe kadının sezaryen ameliyatını talep etmesi ve hekimin gerçek endikasyon olmaksızın sezaryeni önermesi obstetrik bakımın etik

yükümlülüğü ile bağdaşmamaktadır (Hatemi 2000, Demirhan ve ark 2001). Doğum şekline risk ve yarar dengesine göre anne adayları sağlık personeli ile birlikte karar verilmelidir (Devenda, Arulkumara 2003, Demircioğlu 2006). Herhangi bir baskı altında kalmadan özgürce karar verebilme anlamındaki self-determinasyon temel bir kavramdır. Hekim ve hasta/gebe ya da ebe ve hasta/gebe karar vermede eşit iki ortak gibidir (Demirhan ve ark 2001). Özellikle sezaryen operasyonuna karar verilirken bu ortaklar tüm girdi ve çıktıları beraberce tartışmalı ve ortak bir karara varılmalıdır.

Ebe ve hemşireler konuya yönelik gerekli tüm bilgileri vererek gebeye ve ailesine danışmanlık yapar. Gebeyi ve ailesini destekler ve kararına saygı duyar. Sağlık çalışanlarının, kendi değer ve inançlarını hizmet verdikleri bireylere yansıtmaması gerekir. Bu profesyonelliğin bir gereğidir. Dünyada, sağlık personeli ve gebelere yönelik eğitim programlarının yaygınlaşması, sezaryen sonrası vajinal doğumların daha çok uygulanması, normal doğumun özendirilmesi, normal doğumda epidural anestezi kullanımının artması ve farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması ile birlikte sezaryen oranlarında bir azalma eğilimi görülmeye başlandığı halde Türkiye'deki oranlar yükselme eğilimi göstermektedir. Ülkemizdeki bu oranların yüksekliği; hastanelerdeki sezaryen doğum nedenlerini, kadınların doğum şekli tercihlerini, bu doğum şeklini tercih etme nedenlerini ve bu kadınların sezaryene bağlı olarak yaşadıkları sorunları da inceleme gereksinimini de beraberinde getirmektedir (Güngör ve ark 2004). Bunların yanı sıra doğum yaptırma yetkisi olan sağlık personelinin (kadın doğum uzmanı ve ebe), vajinal ve sezaryen doğum hakkındaki inanç ve değerlerinin, bu inanç-değerlerin yaptırdıkları doğumlarda tercih edecekleri doğum şekline etkisinin incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan bazı ülkelerde yapılan ve yukarıda verilen çalışmalar da göstermektedir ki, doğum yaptıran sağlık personelleri kendi tercihlerini gebelere yansıtabilmektedirler. Ülkemizde doğum yaptıran sağlık çalışanlarının doğum şekillerine ilişkin görüşlerini içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır.



Eğitim ve danışmanlık rolü olan ebeler bu gürüşleri dikkate alarak, perinatal sınıflarda, ev ziyaretlerinde, polikliniklerdeki gebe muayenelerinde gebelerin normal vajinal doğum ve sezaryen doğum tercihlerini araştırabilirler. Bu kararı almadaki etkenleri inceleyebilir ve endikasyon yok ise sezaryen operasyonunun gebeye getireceği riskler, bu operasyonun olumlu ve olumsuz yönleri, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar tüm detayları ile açıklanabilir. Böylece gebe kendisi için en doğru olan kararı bilgili bir şekilde verir. Bu eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile ebe en önemli rolü olan koruyuculuk rolünü yerine getirmiş olur. Çalışmalar göstermektedir ki, normal vajinal doğuma bağlı maternal ve fetal mortalite ve morbidite oranı sezaryen operasyonundan çok çok düşüktür. Bu nedenle ebeler bu konuya gereken duyarlılığı göstererek anne ve bebekleri endikasyon olmayan sezaryen operasyonundan korumalıdır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma hastanelerin doğum servislerinde çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## **1.3. Genel Bilgiler**

### **Normal Vajinal Doğum**

Fetus ve eklerinin vajinal yolla doğması olarak tanımlanan normal vajinal doğum, son mestural periyottan kırk hafta sonra, konsepsiyon ürünü olan fetus ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyüemediği ve fetusun dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin;

- Termde (son menstural periyoddan 40 hafta sonra),
- Kendiliğinden,
- Tek ve canlı bir fetusun varlığı ile,
- Verteks pozisyonda,
- Sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan gerçekleşmesi beklenir (Taşkın 2002).

### **Sezaryen Doğum**

Sezaryen, son yıllarda sıkça tercih edilen bir doğum şekli olması dolayısıyla endikasyonları, komplikasyonları, anne ve bebek açısından getirdikleri ve götürdükleri çok iyi bilinmesi gereken bir konudur.

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranlarının abdominal ve uterus duvarlarından insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (Hale, Danforth 1994, Konakçı, Kılıç 2002, Arslan ve ark 2003, Kara 2004, Korkmaz 2004). Bu tanım abdominal gebelik ya da uterus rüptürü durumunda fetusun abdominal duvardan çıkarılmasını içermez (Çivili 2005). Bir hastada ilk defa yapılan sezaryen primer, doğumların iki ve daha fazla sayıda sezaryenle gerçekleşmesi de

sekonder, tersiyer veya mükerrer sezaryen olarak tanımlanır. Elektif sezaryen ise bu sezaryen tiplerinden farklıdır. Elektif sezaryen doğum başlamadan önce veya kesin bir endikasyon olmadan yapılan sezaryendir (Al-Nobani 1993, Martin L ve ark 1994).

### **Normal Vajinal Doğumun Tarihçesi**

Kömürcü ve Gençalp'in makalelerine (2002) göre, Kirchof H. Sümer ve Mısır'da doğum yapana tecrübeli kadınların yardımcı olduğunu belirtmiştir. Bu yardım önceleri şarkı ve ilahi okuyarak gebeyi cesaretlendirmek iken sonraları gelişerek ebelik sanatını doğurmuştur. Ebelik eski Yunan ve Roma'da parlak bir dönem yaşamıştır. Doğumlarda ebenin yetersiz kaldığı durumlarda da rahip, büyücü en son olarak da hekim çağrılmıştır. Bu dönemde Efesli Soranus ebenin büyülere göre değil, gerçeklere ve doğaya uygun hareket etmesine, soğukkanlı ve sır tutucu olmasına ve ellerini yıkaması gerektiğine yer verdiği bir kitap yazmıştır. Bu bilgilerin 14.yüzyıla kadar ebeler tarafından uygulandığı belirtilmiştir (Kömürcü, Gençalp 2002). Sonraki yıllarda ebelik sanatı gerilerken hekimlik ön plana çıkmaya başlamıştır.

10-16.yüzyıllarda Hristiyanlık'la birlikte orta çağda doğum yapacak kadınlara ilgisiz kalınmış ve anne bebek ölümleri de artmıştır. Bu dönemde doğuma çağrılan rahipten “vaftiz şıngası” adlı garip bir alet kullanarak rahim içinde ölmekte olan bebeğin ruhunu çekerek vaftiz etmesi istenmekteydi. Bu işlem sırasında rahip İncil'den pasajlar okuyarak annenin yüzüne tükürürdü. Bunun Hz.İsa'nın körleri tükürük ile tedavi ettiği mucizesi ile bağlantısı olduğu düşünülmüştür (Arısan K. 1980).

Kömürcü ve Gençalp'in makalelerine (2002) göre, Nasuhioğlu İ. ancak matbaanın icadı ve Rönesans'la birlikte doğuran kadına özen gösterilmeye ve yardım edilmeye başlandığını belirtmiştir. İngiltere William Harvey'in “De Generatione” adlı eserinde ebelerin her şeye müdahale etmemeleri, gerektiğinde deneyimli kişilere danışmaları ve gebeleri bacaklarından tutup baş aşağı sarkıtmamaları önerilmiştir. İngiltere'de Chamberlain ailesi obstetrik forsepsi geliştirmiş, yaklaşık yüzyıl boyunca gebelerin gözlerini bağlayarak forsepsi gizli

kullanmış ve zor doğumları yaptırmışlardır. M.S 2.yüzyıla ait bir Roma kabarmasında elinde bir çift forseps tutan hekim ve yarı oturur pozisyonda yeni doğum yapmış yorgun bir anne görülmektedir. Bu kabartmadan forseps kullanımının çok öncelere dayandığı anlaşılmaktadır. William Smellie, uterus, fetus ve doğum eyleminin resimlerini çizmiş, William Hunter (1718) ise “Gebe insan anatomisi” adlı bir kitap yayınlamıştır. Aynı yıllarda Simpson, ilk kez kraliçe Victoria’ya kloroform uygulayarak doğum ağrılarından kurtulmasını sağlamıştır. Lister ve Semmelweis ise asepsi ve antisepsiyi geliştirerek sepsis ve puerperal enfeksiyonların önlenmesinde önemli adımlar atmıştır (Kömürcü, Gençalp 2002).

Günümüzde bireyin doğum eylemi sırasında ağrı çekmeme hakkı vardır ve bu durum tıpta yeni gelişmelere yol açmıştır (Zwelling 1996). Farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin yanı sıra ilk olarak Read tarafından ağrının algılanmasının kişiye göre değiştiği ve korkunun ağrıyı arttırdığı ifade edilmiştir. Korkuyu dolayısı ile ağrıyı gidermek için Lamaze ve Bradley gebenin telkinle ikna edilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizlerine ilişkin yeni teoriler ortaya atmışlardır. Lamaze’e göre hayal kurma ile gevşeme, odaklanma ve kompleks solunum şekillerinin uygulanması ağrı algısı azaltılabilir. Bradley ise derin gevşeme tekniklerinin yanı sıra doğum yapan kadının yanında eşinin ya da sevdiği kişinin desteğinin olmasının ağrı kontrolünde etkili olduğu belirtmiştir (Champman 1992, Nichols, Zwelling 1997). Ayrıca sıcak-soğuk uygulamalar, masaj, çeşitli odaklanma yöntemleri (müzik dinleme, hayal kurma) ağrı kontrolünde kullanılan yöntemlerdir (Nichols, Zwelling 1997).

Diğer yandan tıptaki gelişmeler doğrultusunda hastanelerde uygulanan “doğumun aktif yönetimi” diğer bir değiş ile hızlandırılmış doğum yöntemleri doğum sürecindeki anneye mümkün olduğunca kısa sürede, güvenli bir doğum ortamı sağlamakta, ancak oksitosin, monitör, ultrason ve amniotomi gibi uygulamalar yeterli bilgi ve hazırlığı olmayan annelerin anksiyetesini arttırmaktadır. Günümüzde anne ve bebek sağlığını koruma ve geliştirme amaçlı bu tür uygulamaların giderek çeşitlenmesi ve doğum sürecindeki kadının bakım

gereksiniminin artması, bu alanda çalışan ekip üyelerinin sorumluluk alanının genişlemesine yol açmıştır (Kömürcü, Gençalp 2002).

### **Sezaryen İle Doğumun Tarihçesi**

Sezaryen teriminin kaynağı hala bilinmemekle beraber bununla ilgili üç ayrı açıklama ileri sürülmüştür. Bunlardan birincisi Julius Caesar'ın bu şekilde doğduğudur. Ancak böyle bir operasyonun 17. yüzyıl sonlarına kadar fatal (ölümcül) olduğunun bilinmesi bu açıklamanın doğru olmadığını kanıtlamaktadır. İkinci açıklama Orta Çağda Latince bir fiil olan caedere'nin kesmek anlamına geldiği ve sezaryenin bu kökten türediği şeklindedir. Üçüncü açıklama ise Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin önce "lex regia" daha sonra "lex caesarea" olarak adlandırıldığı şeklindedir (Arısan 1984, Al-Nobani 1993, Cunningham et.al.2001, De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004).

Sezaryende dönüm noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşanmıştır. Daha öncesinde hasta kanama ya da sepsisten ölmekteyken sütür konulması mortaliteyi azaltmıştır (Cunningham et.al.2001). 1912'de Krönig aşağı uterus segmentinde vertikal insizyon ile transperitoneal yaklaşımı ortaya atmıştır. 1926'da Kerr tarafından uygulanan yukarı doğru uzanan hilal şeklinde uterus insizyonunu bugün en çok uygulanan sezaryen tipidir. Antibiyotik tedavisinin ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan majör operatif işlemlerden biri haline gelmiştir (Al-Nobani 1993, De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004). Tıbbi ve teknik gelişmeler sayesinde birçok anne/bebek yaşamı kurtarılmıştır. Bu anlamda sezaryen uygulamaları, normal doğumun imkânsız veya tehlikeli olduğu durumlarda anne adayını ve bebeğin hayatını kurtarmak, anne ve çocuk ölümü ya da sakat doğum riskini azaltmak açısından insan yaşamına önemli katkıda bulunmuştur. Ancak tüm cerrahi girişimler gibi sezaryen de insan yaşamı için kritik bir girişim olduğundan, bu girişimin sadece tıbbi endikasyonlar

doğrultusunda uygulanması tıbbi etik açısından önem taşımaktadır. Sezaryen oranı arttıkça normal doğum azalmaktadır (Ataç ve ark.2004).

### **Sezaryen Doğumun Sıklığı**

1970-90 yılları arasında sezaryen sıklığı %5'lerden %20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır. Her ne kadar bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sezaryen operasyon sıklığı genel olarak bütün dünyada önemli artış göstermiştir (Flam 1990, Disney 1998, Bayhan ve ark 2000, Cunningham 2001, Gilstrap Cunningham, Vandorsten 2002, De Cherney, Nathan 2003, Dölen, Çalışkan 2003, Devenda, Arulkumara 2003, Kara 2004,).

Bu artışın sebepleri arasın da :

1-Paritenin azalması ve gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması, bu kadınlarda sezaryen endikasyonu oluşturabilecek durumların daha fazla görülmesidir.

2-Giderek daha yaşlı kadınlar çocuk sahibi olmaktadır. Son 20 yılda 30-39 yaş arası nullipar doğumlar iki katına çıkmış, 40-44 yaş arası ise %50 artmıştır.

3-1970'lerden itibaren elektronik fetal monitorizasyon yaygın olarak kullanılmıştır.

4-Makat gelişler %80'den fazla oranda sezaryen ile sonuçlanmaktadır.

5-Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınlar daha çok sezaryeni tercih etmektedir (Kara 2004, Cunningham 2001).

Her yıl ABD'de yaklaşık 4 milyon doğum yaşanmaktadır. 1968'de %4.8 olan sezaryen olayı 1991'de %22.6 ve 2002 yılı itibari ile %26.1'e yükselmiştir (McFarlin 2004). Çin'de 1966'da %2.4 olan sezaryen oranı 1981'de %20.5 olmuştur. Brezilya ise dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir. 1996'da bu oran %36.4 olarak bildirilmiştir (Sütlaş 2003, Çivili 2005). İtalya'nın Lazio bölgesi, sezaryen doğum oranı %26.5 ile batı dünyasının en yüksek oranlarından

biridir (Lallo et.al.1996). Suudi Arabistan'ın başkenti Riyad'da 1979 yılında %3.9 olan sezaryen doğum oranınının 1984'de %59.9 a çıktığı görülmektedir (Chattopadhyay et. al.1987). Buna karşın Singapurlu kadınların sadece %3.7 si sezaryeni tercih etmektedirler (Chong, Mongelli 2003). Gelişmiş ülkeler içinde Amerika ve Brezilya en yüksek, Çekoslovakya, Avustralya ve Belçika ise en düşük sezaryen oranına sahiptir (Gilstrap, Cunningham, Vandorsten 2002, Kara 2004).

Son yıllarda sezaryen uygulamalarının hekimler ve aileler tarafından benimsendiğinin göstergesi olarak ülkemizde de sezaryen ile doğan bebek oranı hızla artmaktadır (Ataç ve ark 2004). TNSA 2003 verileri Türkiye'de araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin yüzde 21'inin sezaryenle dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu yüzde, 1998'den (yüzde 14) bu yana sezaryenle yapılan doğumlarda yüzde 7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Daha ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile batı ve kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitilmiş kadınlar arasında doğumların sezaryenle yapılması daha yaygındır. Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içindeki her 10 ilk doğumdan 3'ünün sezaryen ile yapılmış olması dikkat çekicidir. İstanbul'da, Batı Marmara'da ve Doğu Karadeniz'de doğumların yüzde 30'dan fazlası sezaryen ile yapılmıştır (Ergöçmen, Coşkun 2003). Dünya sağlık örgütü hem düşük hem de yüksek riskli anne adaylarının tedavisini üstlenen bir merkezin ortalama sezaryen oranınının %15 olması gerektiği görüşünü savunmaktadır (Ataç ve ark.2004, Dietz, Peek 2004, İğde 2004, Serçekuş 2005).

Dünyada ve Türkiye'de sezaryen oranlarındaki artış nedenleri olarak; doktorların daha az risk almak istemesi, fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış, sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) uygulamalarının yetersizliği ve elektif vakalardaki artış belirtilmektedir (Önderoğlu, Deren, Ayhan ve ark 1999, Tatar, Günalp, Somunoğlu ve ark 2000, Güngör, Gökyıldız, Nahcıvan 2004). Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenler, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece

doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının iyi olmaması, hastalar için psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması (Boran, Turker, Ekiz ve ark 1999, Gamble, Creedy 2001, Güngör, Gökyıldız , Nahcıvan 2004) ve doğum ağrısı ile baş etmede farmakolojik olmayan yöntemlerin (müzik dinleme v.b) sunulmaması olarak sayılabilir. Bunlara ek olarak, yenidoğanı doğum travmasından koruyacağı ve normal doğuma bağlı olarak riski artan pelvik relaksasyon ve üriner inkontinanstı koruyacağı inancı da önemli nedenler arasındadır (Hopkins 2000, Koufmann, Liu 2001, Thompson et al 2002, Güngör, Gökyıldız, Nahcıvan 2004, Atan, Şirin, Sevil ve ark 2005).

Vajinal doğuma göre sezaryen doğumda, maternal mortalite oranı, postpartum hemoraji, rüptür, uterin enfeksiyon, üriner bölgede yaralanma ve sonraki gebelikte plasenta previa, ölü doğum, spontan abortus ve ektopik gebelik riski daha yüksek olmakla birlikte sezaryen doğumun maliyeti de daha fazladır (Dietz, Peek 2004, Serçekuş 2005). Sezaryen sonrası en sık yaşanan fiziksel sorunlar sırasıyla; bebeğın bakımını üstlenmede güçlük, aktivite intoleransı, kendi bakımını sürdürmede güçlük, yorgunluk, uykusuzluk, emzirmede güçlük (Shervan et.al 1995, Gorrie et.al 1998, İğde 2004), karında gerginlik-gaz, entübasyona bağlı boğazda tahriş ve meme problemleridir. Psikososyal sorunlar arasında en yaygın olanlar, bebeğini görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık, bebeğine bağlanmada güçlük, üzülme/suçluluk duyma, beden imajında bozulma, evde rollerini sürdürememe endişesi ve iş ile ilgili kaygılardır (Güngör, Gökyıldız, Nahcıvan 2004).

### **Sezaryen Endikasyonları**

Sezaryen endikasyonları tartışılan bir konudur. Ancak vajinal yoldan doğumun olası olmadığı ya da doğumun gecikmesi anne adayı veya bebek için tehlikeli olduğu durumlarda mutlaka sezaryene başvurulması gerekir. Sezaryen endikasyonları 5 sınıfta incelenebilir:

a-Anneyle ilgili

b-Bebekle ilgili



- c-Fetus ekleriyle ilgili
- d-Medico sosyal endikasyonlar
- e-Diğerleri (Al-Nobani 1993, Kara 2004)

Anneyle ilgili sezaryen endikasyonlardan en çok görüleni geçirilmiş sezaryendir (Kara 2004, Şevket 2005). Kara'nın çalışmasında (2004) eskimükerrer seksiyoy %49.6 olarak bulunmuştur. 1916'larda ortaya atılan "bir defa sezaryen, hep sezaryen" kavramı, Kerr transvers insizyonunun kullanılmaya başlanması ve yapılan çalışmalarda uygun vakaların güvenli bir şekilde vajinal doğum yaptırılabilceğinin gösterilmesi ile günümüzde geçerliliğini yitirmiştir (Cunningham 2001, Kara 2004, İğde 2004, Çivili 2005).

Günümüzde önceki doğumu sezaryenle gerçekleşen birçok anne sonraki doğumunda normal vajinal yolu tercih edebilmektedir. Bunun için hem annenin hem de diğer koşulların uygunluğu önemlidir.

Sezaryen sonrası vajinal doğum için gerekli olan koşullar:

- 1-Bir veya iki aşağı transvers sezaryen geçirmiş olması,
- 2-Klinik olarak uygun pelvis yapısına sahip olması,
- 3-Başka uterus skarı veya rüptürü olmaması,
- 4-Hekimin aktif eylem sırasında monitorizasyon ve gerektiğinde acil sezaryen yapma olanağının olması,
- 5-Acil sezaryen için anestezi ve personelin hazır olması gerekmektedir (Cunningham 2001, Kara 2004).

Anne ile ilgili sezaryen endikasyonlarının diğerleri ise sefalopelvik uyumsuzluk (Al-Nobani 1993, De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004, Çivili 2005), dinamik distosi (De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004), yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler (Al-Nobani 1993, De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004, Çivili 2005) ve annenin sistemik ve diğer hastalıklarıdır (Al-Nobani 1993, Kara 2004, Çivili 2005)

Bebekle ilgili endikasyonlardan en sık görüleni fetal distrestir. Kara'nın çalışmasında (2004) akut fetal distres nedeni ile sezaryen yapılma oranı %8.8 olarak saptanmıştır. Diğer endikasyonlar prezantasyon, situs, habitus anormallikleri, fetus anomalileri, miad aşımı ve Rh uygunsuzluğudur (Al-Nobani 1993, Erez 1997, Lowdermilk et.al 2000, De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004, Çivili 2005).

Fetus ekleriyle ilgili endikasyonlar ise plasenta previa, ablasyo plasenta, plasenta insersiyon anormallikleri, kordon prolapsusu ya da prezantasyonu sezaryen endikasyonu oluşturabilir (Al-Nobani 1993, De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004, Çivili 2005)

Sezaryene neden olan sosyal endikasyonlar arasında ise annenin/ailenin isteği, kıymetli bebek, primipar yaş ve sterilite tedavisi görmüş olgular gibi durumlar yer almaktadır (Al Nobani 1993, Kara 2004, Çivili 2005).

### **Sezaryenin Kontrendikasyonları**

En önemli kontrendikasyonu uygun bir endikasyonunun olmayışıdır. Karın duvarının pyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetus, uygun koşulların bulunmayışı diğer kontrendikasyonları oluşturur (De Cherney, Nathan 2003, Kara 2004).

### **Sezaryenin Komplikasyonları**

Sezaryen doğum majör bir operasyondur. Bu nedenle majör cerrahinin her türlü komplikasyonu ortaya çıkabilir. Son zamanlarda yapılan sezaryen sayısındaki artış, komplikasyon sayısını da artırmıştır. Cerrahi ve anestezi tekniklerinin ilerlemiş olmasına rağmen, morbidite ve bazen de maternal mortalite halen göz ardı edilemeyecek ölçüde sorun olmaya devam etmektedir (Temel 1999, Nebili, Yiğitoğlu 2000).

Sezaryenin komplikasyonlarını 3 grup altında toplamak mümkündür.

#### **1. Spesifik Komplikasyonlar**

- Uterus skar rüptürü veya açılması,
- Postoparetif ileus,

- Kan kaybı,
- Tromboembolik hastalıklar,
- Uterus atonisi,
- Gebelik ürünü retansiyonu,
- İdrar yapamamadır (Temel 1999, Boran ve ark 1999, Nebili, Yiğitoğlu 2000).

## **2. Genel Komplikasyonlar**

- Mesane ve üriner yaralanmalar,
- Barsak yaralanmaları,
- Fetal yaralanmalar,
- Enfeksiyonlar,
- Kanamadır (Temel 1999, Boran ve ark 1999, Nebili, Yiğitoğlu 2000).

## **3. Anestezi Komplikasyonları**

- Kalpte ritm bozuklukları,
- Miyokard enfarktüsü,
- Akciğerlerde enfeksiyon,
- Küçük hava yollarında hasar ve sonuçta solunum sıkıntısı,
- Karaciğer ve böbrek yetmezliği, felç,
- Kan reaksiyonları,
- Ölümcül aşırı vücut sıcaklığı artışıdır (Kahveci 2007).

Günümüzde sezaryenin hastanede kalış süresini arttırması, bireye, aileye ve ülke ekonomisine fazladan bir maliyet getirmesi ve yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeni ile sezaryen operasyonu sıkça tartışılan bir durum olmuştur. Bu nedenle sezaryen ile doğum oranlarının düşürülmesi obstetrik gündemin önemli maddeleri arasında yer almaktadır. Sezaryenin perinatal, maternal mortalite ve morbiditeye olan etkileri her ülkede ve ülkeler arasında tekrar tekrar incelenmekte ve sonuçlar karşılaştırılmaktadır. İdeal sezaryen oranının bir tanımı yapılamamıştır. Bu nedenle değişik ülke ve merkezlerdeki

farklı eğilimlerin araştırılması ve elde edilen bilgilerin daha düşük sezaryen hızına ulaşmak için kullanılması gerekmektedir (Çivili 2005).

### **Sezaryen ve Normal Vajinal Doğumun Karşılaştırılması**

Obstetrik bakımda öncelikli hedef fiziksel olarak sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olmaktır. Ancak, doğum ile ilişkili olarak anneyi ve ailesini derinden etkileyen psikososyal sorunlar da aynı derecede önemlidir. Annenin doğum deneyimini olumlu algılamasını annenin doğumdan memnuniyeti, erken dönemde anne-bebek ilişkisinin kurulması, beden imajındaki değişimlere uyum ve evde rol ve sorumlulukları yerine getirme gibi durumlar etkilemektedir. Bunların yanı sıra postpartum depresyon, anksiyete ve korkular, üzüntü ve suçluluk duyguları, emzirme sorunları, annenin kayıp duygusu gibi konular da doğum şekli ile yakından ilişkili olan ve kadını olumsuz etkileyen durumlardır (Babadağlı 2003, Güngör, Gökyıldız, Nahcıvan 2004, Yıldızoğlu, Çivili 2005).

Sezaryen operasyonu daha güvenli gibi görünse de cerrahi bir girişim olması nedeni ile olumsuz etkileri olan travmatik bir deneyimdir (McFarlin 2004, Çivili 2005). Anne ölüm vakası kayıtlarında doğum şekli belirtilmez. Bu nedenle ölümleri doğrudan sezaryen doğuma bağlamak için yeterli kanıt bulunmamaktadır. McFarlin makalesinde (2004), Sachs BP ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada, Massachusetts'te 1954-1985 yılları arasında görülen 886 anne ölümü vakasında sezaryene ilişkin fazla anne ölümü bulunamadığını belirtmiştir. ABD'deki vajinal doğumlara göre sezaryen doğumlarda annenin ölüm riski 2 ila 4 arasında değişen değerlerde 3.5 olarak bulunmuştur (Petitti 1985, Schuitemaker et.al 1997). Hollanda'daki 1983-1992 yılları arası anne ölüm kayıtları incelenmesinde anne ölüm riski vajinal doğum ve sezaryenle kıyaslandığında, vajinal doğum yapanlarda 0.04/1000, sezaryen doğumda 0.53/1000 bulunmuştur. Schuitemar ve arkadaşları ABD'deki yıllık 130 dan fazla anne ölümü vakalarını sezaryen doğumlardaki yüksek artışa bağlamaktadır. 1998 yılı İngiltere anne ölüm raporlarına göre 1994-1998 yılları arası 2.2 milyon doğumdaki sezaryen doğuma bağlı ölüm riski normal vajinal doğumdan 6 kat daha yüksek bulunmuştur (Schuitemaker et.al 1997).

Sezaryen doğumun bebekler için daha iyi olduğu yönündeki bilgiler açık değildir. İrlanda'da geçmişe ilişkin İrlandalı 2500 gr ve üstü ağırlıktaki 420.577 bebeğin doğum kayıtlarını inceleyen bir araştırma, artan sezaryen doğum oranına ilişkin oldukça düşük perinatal ölüm oranı ortaya koymuştur (Matthews et.al 2003). Ancak geçmişe ilişkin bir araştırma perinatal ölüm oranını etkileyen neonatal bakım, intrapartum ve antepartum gibi faktörleri kontrol edemediği için neden-sonuç ilişkisi tespit edilemez (McFarlin 2004). Finlandiya'da araştırma amaçlı yapılan bir çalışmada 2964 doğum arasında rastgele seçilen 143 sezaryenle doğan ve 106 vajinal yolla doğan bebek arasında bir karşılaştırılma yapılmıştır. Bu araştırmacılar sezaryen gruptaki bebeklerde başka faktörlerle açıklanamayan yüksek bir astım riski bulmuştur. Sezaryenle doğanlarda astım teşhisi %4.2 ve vajinal yolla doğanlarda %3.3 olarak bulunmuştur (Kero, Gissler, Gronlund et.al 2002). Ayrıca McFarlin'in makalesine (2004) göre Smith ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, İskoçya'da 1992-1998 yılları arasında 120.633 ikinci doğum vakası incelenmiş ve ilk doğumunu sezaryenle yapan kadınlarda vajinal doğum yapanlara göre daha fazla ölü doğum riski olduğu görülmüştür (McFarlin 2004). Sezaryene bağlı maternal mortalite 4–8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre 26 kat fazladır (Martin L ve ark 1994, De Cherney, Nathan 2003).

ABD'de 7 yılda 29.669 doğum olayı incelenmiştir. Sezaryenle doğan 4301 bebeğin ve 35 haftadan daha uzun süreli hamilelikle vajinal doğan 21.017 bebeğin durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre; inatçı pulmoner hipertansiyon oranı sezaryenle doğan bebeklerde %0.4, vajinal yolla doğanlarda ise %0.08 bulunmuştur. Geçici takipne ve solunum güçlüğü sırası ile %3.5 ve %1.1, respiratuar distres sendromu %0.47 ve %0.16, yedi yaşında astım oranı %4.2 ve %3.3, pozitif alerji testleri %22 ve % 11 olarak bulunmuştur (Levine et.al 2001, Kero, Gissler, Gronlund et.al 2002).

Sezaryen ile doğumun normal doğuma göre anne üzerine fiziksel ve psikolojik etkileri daha çoktur. Hem ameliyat olmanın neden olduğu fiziksel sorunlar hem de doğuma aktif olarak katılamaması, bebeğini hemen görememe ve yeterince ilgilenmeme gibi durumlar anne için doğum deneyimini olumsuz

etkileyen etkenler arasında yer almaktadır (Dölen, Çalışkan 2003, Çivili 2005, Mutlu 2006).

Çivilinin çalışmasında belirtilen (2005) bir araştırmada, her iki doğum şeklini deneyimleyen kadınların her iki doğum şekliyle ilgili üç olumlu ve üç olumsuz özelliği yazmaları istenmiştir.

Vajinal doğum deneyimi ile ilgili olarak kadınların belirttiği olumlu üç özellik:

- Normal doğuma aktif katılım
- Sezaryene göre daha kısa sürede iyileşme
- Eş ya da partnerlerinin tüm doğum eylemine katılabilesidir (Çivili 2005).

Vajinal doğum deneyimi ile ilgili olarak kadınların belirttiği olumsuz üç özellik:

- Travayda ağrı
- Perinetal rahatsızlıklar
- İntravenöz girişimler (Çivili 2005).

Kadınların önceki sezaryen deneyimleri ile ilgili olarak belirttikleri olumlu üç özellik:

- Bebeğin sağlıklı ve hoş bir şekilde doğumu
- Doğumun ağrısız ve çabuk olması
- Komplikasyon yaşamadan iyileşmedir (Çivili 2005).

Önceki sezaryen deneyimi ile ilgili kadınların belirttiği olumsuz üç özellik:

- Cerrahi operasyon sonrası iyileşmenin güç olması
- Bebeği taşımanın zor olması
- Doğum deneyimini yaşayamamalarıdır (Çivili 2005).

## **Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler**

Pek çok kadın normal doğumdan korkup kendi isteği ile sezaryeni seçmesine rağmen bir o kadar kadında normal doğumu yaşamak istemektedir (Çivili 2005). İngiltere’de popüler medya her yıl %5 elektif sezaryen isteyen İngiliz kadınları için “zorlamaya değmeyecek kadar çok şık” ifadesini kullanmaktadır. Pek çok ülke sezaryen doğum oranının ne oranda olması gerektiğini belirlemeye çalışmaktadır. Brezilya’da özel sektördeki sezaryen doğum oranı kamu sektörünün iki katı olarak farklılık göstermektedir. Brezilya’da kadınlar normal vajinal doğum yaparak standart altı bir bakım alacaklarından endişe duymaktadır (McFarlin 2004).

Ülkemizde özellikle son senelerde hastanelerdeki isteğe bağlı sezaryen oranları gün geçtikçe artmaktadır. Herhangi bir tıbbi gereklilik olmaksızın anne ve baba adaylarının tercihleriyle 38.haftadan sonra herhangi bir günde isteğe bağlı (elektif) sezaryen uygulanmaktadır. İsteğe bağlı sezaryenlerde en sık karşılaşılan neden anne adayının normal doğumdan korkması, uzun sürebilecek eylemi çekmek istememesi ve bebeği en ufak bir risk altına sokmak istememesidir. Bunların yanı sıra anne adayları elektif sezaryeni doğum sonrası ileri dönemlerde ortaya çıkan olumsuz etkilerinden kaçınmak için tercih etmektedirler. Bu güne kadar “elektif sezaryen” kavramı, ilk doğumunu sezaryen ile yapan kadınların sonraki gebeliğinin planlı olarak tekrar sezaryen ile sonuçlanmasına karşılık gelmekte idi. Bugün ise “primer elektif sezaryen” kavramı, ilk doğumda hiçbir tıbbi endikasyon olmadan kadının kendi tercihi ile sezaryen olması anlamında kullanılmaktadır (Çivili 2005).

Güngör ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2004), kadınların kişisel tercih nedenleri arasında en fazla oranda belirtilen neden “normal doğumdan korkma” dır. Aynı çalışmada sezaryen tercih nedeni olarak ikinci sırada belirtilen neden doktorların etkisidir. Gelişmiş ülkelerde epidural analjezi gibi ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşması, perinatal sınıflar da ağrı ile baş etme tekniklerinin kazanılması ile birlikte “doğum ağrısından korkma” artık bir sezaryen tercih nedeni olmaktan çıkmaya başlamıştır. Doktorların kişisel

tercihlerini yansıtarak anne/ailelerin sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olması literatürde sık belirtilen faktörlerden biridir. Doktorların sezaryene yönelik tutumlarını açıkça ifade etmesinde, sezaryenin ekonomik olarak daha kazançlı olması, doğumun daha kısa sürede daha kolay gerçekleşmesi ve doğumda risk almak istememeleri etkili olmaktadır. Diğer kişisel tercih nedenleri “sezaryen doğumu bebek için güvenli bulma ve “değerli bebek(IVF/ICSI)” olarak bulunmuştur (Önderoğlu 1999, Hopkins 2000, Güngör 2004). Doğumuna ilişkin ciddi korkuları olan 100 İsveçli kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, başlangıçta gruptaki kadınların %68’i sezaryen olmayı istemiştir. Doğuma ilişkin destek ve psikolojik yardımdan sonra 68 kadından 38’i normal vajinal doğumu kabul etmiş diğer 30 kadın elektif sezaryenle doğum yapmıştır (Sjogren , Thomassen 1997).

Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde bulunan doktorlar arasında hangi yöntemin üstün olduğu tartışma konusudur. Anne adaylarını gebeliğin son dönemlerinde en çok düşündüren konuların başında, doğum şeklinin nasıl olacağı gelmektedir. Normal vajinal ya da sezaryen doğuma ailenin/annenin kararını ailenin isteği (özellikle annenin isteği), fetusun ve gebenin izlenmesi sırasında anne ve bebeğin yaşam kalitesi, doktorun ve doğumu yaptıracak kurum ve kuruluşların yaklaşımı etkilemektedir (Çivili 2005). Bunların yanı sıra kadınların sezaryen kararlarını fiziksel baskı, aile, arkadaş ve sağlık personelinin desteği, evlilik ilişkisi, eşlerin travaydaki tutumu, önceki doğum deneyimi, gebelik/doğumla ilgili negatif ya da karışık duygular etkilemektedir. Ayrıca plansız gebelik, iyileşme süreci, doğumda kontrol hissi, doğum şeklinin kadın için uygunluğu, programlanabilir olması, gelecek planları, bebeğin güvenliği, yenidoğan bebeğin bakımı, zor travay ve sorun yaşama korkusu, kadının doğum bilgisi ve hekim önerileri de annenin/ailenin vajinal ya da sezaryen doğum tercihini etkilemektedir (Edwards, Davis 2001).

Çivili çalışmasında (2005), yapılan araştırmalarda kadınların çoğunun (%50-75) karar verirken ebe-hemşireler, eşleri, arkadaşları, akrabaları ve magazin yayınlarından yararlandığını ifade etmektedir. Yine Çivili’nin çalışmasında (2005), Murray’ın yaptığı incelemede özel hekimler tarafından izlenen kadınların sezaryen oranlarının (%57-83) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Üniversite ya da



devlet hastanesinde görevli hekimler ve ebeler tarafından izlenen kadınlarda oran %27-28'dir. Özel bakım alan kadınların %32'ye yakını sezaryeni tercih etmektedir (Çivili 2005).

McFarlin makalesinde (2004), her yıl ABD'de 2.5 doğum uzmanına bir dava düştüğünü belirtmiştir. Kadınların dava nedeni çoğu kez sezaryen operasyonunun olumsuz etkileri hakkında kendilerine yeterli bilgi verilmemesidir. Hekimlere açılan davalar kadar olmasa da ebe-hemşireler de dava edilmektedir. Yine aynı makalede Crawforth'ın yaptığı araştırmada İngiltere ve Galler'de 243 doğum uzmanına yapılan ankette (155'i yanıt vermiştir), doğum uzmanlarının %69'unun dava korkusu ve hasta baskısı nedeni ile sadece annenin istemesi durumunda elektif sezaryen yapabileceği sonucu ortaya çıkmıştır. Doğum vakalarının en riskli dava konusu olan durumlar ölü doğum ve annenin ölümü durumudur. Sorumluluk açısından sezaryen doğum, normal vajinal doğumdan daha az riskli görünmektedir (McFarlin 2004).

Ülkemizde kadınların bazıları hiç sorgulamadan doğum şekli kararını tamamen hekimlere bırakmakta, bazıları ise özellikle sezaryen tercihi üzerinde ısrarcı olmaktadır. Ülkemizde sezaryen tercihlerinin giderek artması önemli bir sorun oluşturmaktadır. Sağlık ekibi içinde ebeler ve hemşireler en önemli sağlık eğiticileridir. Ebe ve hemşireler hasta sorumluluğu rolünde hastaya gereksinimi olan bilgiyi vermekte, gerektiğinde sözcülüğünü yapmaktadır (Çivili 2005). Çoğu sağlık ekibi için doğru tedavi, ihlal edilen prosedürler dikkate alınca hastanın özerkliğinden daha ağır basmaktadır. Bu anlamda sağlık ekibi kadının sezaryen isteğinin nedenini anlayabilecek bilgi ve beceriye sahiptir. Doğru bilgiye dayalı kararı elde etmek kolay değildir. Uygulamada hastalar çoğu kez işlemler veya tedaviler için karar verirler ama sonuca şaşırırlar. Elektif sezaryen doğum buna benzer bir durumdur. Karar sürecinde hastaların hekimlerle aralarındaki güç farkından etkilendikleri yönünde kanıtlar vardır. Karar sürecinde sezaryen doğumun uzun dönem etkileri ve ciddi komplikasyonları nadiren tartışılmaktadır. Eğer kadın elektif sezaryen doğum ile normal vajinal doğum arasındaki ölüm riskini bilse acaba hangi doğum şeklini seçer? (McFarlin 2004).

Sonuç olarak ülkemizde artan sezaryen doğum oranları ve nedenleri incelenmelidir. Elektif sezaryen kararı verilmeden önce annenin/ailenin vajinal doğumun avantajları ve yaşanacak sorunlarla baş etme yöntemlerini öğrenmesi önemlidir. Bunun sağlanabilmesi için her basamaktaki sağlık sektöründe perinatal sınıfların oluşturulması ve sınıflarda gebelerin normal vajinal doğumlara hazırlanması gerekir. İsteğe bağlı sezaryen doğumda anne, kurumlar ve ülke bazında maddi maliyet ve manevi yönler düşünülmelidir. Doğum şekline yararlılık ilkesi doğrultusunda aile ile beraber karar verilmelidir. Karar aşamasında hekim ve ebelere, gebe ya da ailelerin eğitimlerinde büyük roller düşmektedir (Yıldızoğlu, Babadağlı 2003).

## **2. ARAŞTIRMANIN GEREÇ ve YÖNTEMİ**

### **2.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **2.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma, Malatya İl Merkezinde faaliyet gösteren 11 hastanenin doğum servislerinde yapılmıştır. Bu hastanelerden 3 tanesi resmi hastane, 5 tanesi özel hastane, 3 tanesi ise özel tıp merkezidir.

Resmi hastaneler: Malatya Devlet Hastanesi, Beydağı Devlet Hastanesi (Eski SSK) ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'dir.

Özel hastaneler: Gözde Hastanesi, Sevgi Hastanesi, Hayat Hastanesi, Müjde Hastanesi, Özel Malatya Hastanesi'dir.

Özel tıp merkezleri: Güven Tıp Merkezi, Anatolia Tıp Merkezi, Modern Tıp Merkezi'dir.

Malatya Devlet Hastanesi, 533 yatak kapasiteli olup, 25 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 65 yataklı olup günde ortalama 5 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 6 hekim ve 23 ebe çalışmaktadır.

Beydağı Devlet Hastanesi, 526 yatak kapasiteli olup, 26 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 28 yataklı olup günde ortalama 4 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 4 hekim ve 15 ebe çalışmaktadır.

Turgut Özal Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 778 yatak kapasiteli olup, 31 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 33 yataklı olup günde ortalama 6 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 7 uzman hekim, 6 asistan hekim ve 8 ebe çalışmaktadır.

Özel Gözde Hastanesi, 43 yatak kapasiteli olup, 19 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 8 yataklı olup günde ortalama 4 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 3 hekim ve 5 ebe çalışmaktadır

Özel Hayat Hastanesi, 18 yatak kapasiteli olup, 9 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 3 yataklı olup günde ortalama 1 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 2 hekim ve 9 ebe çalışmaktadır.

Özel Malatya Hastanesi, 16 yatak kapasiteli olup, 9 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 5 yataklı olup günde ortalama 2 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 2 hekim ve 6 ebe çalışmaktadır.

Özel Müjde Hastanesi, 48 yatak kapasiteli olup, 11 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 14 yataklı olup günde ortalama 4 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 3 hekim ve 9 ebe çalışmaktadır.

Özel Sevgi Hastanesi, 20 yatak kapasiteli olup, 13 servisten oluşmaktadır. Bu servislerden biri olan doğum servisi, 6 yataklı olup günde ortalama 2 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 2 hekim ve 7 ebe çalışmaktadır.

Özel Güven Tıp Merkezi, 10 yatak kapasiteli olup, 9 servisten oluşmaktadır. Doğum servisi yatak sayısı kesin olmayıp hastalara yatış verilen genel bir servis bulunmaktadır. Günde ortalama 2 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 3 hekim ve 4 ebe çalışmaktadır.

Özel Anatolia Tıp Merkezi, 6 yatak kapasiteli olup, 7 servisten oluşmaktadır. Doğum servisi yatak sayısı kesin olmayıp hastalara yatış verilen genel bir servis bulunmaktadır. İki günde ortalama 1 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 2 hekim çalışmaktadır.

Özel Modern Tıp Merkezi, 8 yatak kapasiteli olup, 7 servisten oluşmaktadır. Doğum servisi yatak sayısı kesin olmayıp hastalara yatış verilen genel bir servis bulunmaktadır. İki günde ortalama 1 doğum yaptırılmaktadır. Doğum servisinde 2 hekim çalışmaktadır.

### **2.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenine Malatya İl Merkezinde bulunan 3'ü resmi, 5'i özel ve 3'ü özel tıp merkezi olmak üzere toplam 11 hastanede halka doğum hizmeti veren tüm hekim ve ebeler (42 hekim ve 86 ebe) alınmıştır.

### **2.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örnekleme Malatya İl Merkezinde bulunan 11 hastanede halka doğum hizmeti veren 42 hekim ve 86 ebe alınmıştır. Ancak 6 hekim ve 2 ebe çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden araştırma kapsamını 36 hekim ve 84 ebe oluşturmuştur.

### **2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Doğum yaptıрма yetkisi olmadığı için doğumhanede çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır.

### **2.6. Verilerin Toplanması**

#### **2.6.a. Veri Toplama Formların Hazırlanması**

Araştırmaya katılan sağlık personeline araştırmacı tarafından geliştirilen hekim ve ebelerin araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren, araştırmanın amaç ve yararlarını kısaca anlatan bilgileri içeren bilgilendirilmiş onam formu (Ek-1) hazırlanmıştır. Doğum alanında çalışan hekim ve ebelerin sosyo-demografik özellikleri belirlemek amacıyla Hekim ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Soru Formu (Ek-2) düzenlenmiştir. Ayrıca hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacı ile Doğum Alanında alışan Hekim ve Ebelerin Doğum şekillerine (Vajinal-Sezaryen) İlişkin Görüşlerine Yönelik Soru Formu (Ek-3) hazırlanmıştır.

### **a) Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1)**

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

### **b) Hekim ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Soru Formu (Ek-2)**

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup hekim ve ebelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanan 8 sorudan oluşmaktadır. İlk 6 soru yaş, eğitim durumu, medeni durum gibi tanıtıcı özelliklerin yer aldığı sorulardır. 7 ve 8'inci sorular ise kendi ya da eşlerinin doğum şekline yönelik sorulardır.

### **c) Doğum Alanında Çalışan Hekim ve Ebelerin Doğum Şekillerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Soru Formu (Ek-3)**

Bu form araştırmacı tarafından literatür (Gonen et.al.2002, Wright et. al. 2001, McFarlin 2004, Spellacy 1991, McGurgan et.al 2001) ve gözlemlerden yararlanılarak geliştirilmiş olup hekim ve ebelerin vajinal ve sezaryen doğum şekillerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacı ile hazırlanmıştır. Form 2 açık uçlu ve vajinal-sezaryen doğum şekillerine yönelik olumlu ve olumsuz 15 ifadenin yer aldığı 1 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Kapalı uçlu soruda yer alan 15 ifadeye hekim ve ebelerin “katılıyorum, kısmen katılıyorum, katılmıyorum” seçeneklerinden birini onaylaması beklenmiştir.

### **2.6.b. Ön Uygulama**

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formundaki soruların anlaşılabilir ve kullanılabilirliğini değerlendirmek amacı ile her iki soru formu Sivas İl Merkezinde yer alan Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi doğum servisinde çalışan 5 uzman hekim, 7 asistan hekim ve

8 ebe'ye uygulanmıştır. Ön uygulama sonucu yapılan değerlendirme de soru formlarında bulunan sorularda bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır.

### **2.6.c. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Araştırmacı hekim ve ebelere çalışmanın amacını açıklamış ve bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hekim ve ebelerden yazılı onam alınmıştır. Uygulama sonucunda araştırmaya katılmayı kabul eden 36 hekim ve 84 ebe'ye önce hekim ve ebelerin tanıtıcı özelliklerine yönelik soru formu (Ek-2) sonra doğum alanında çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerine yönelik soru formu (Ek-3) uygulanmıştır.

Açıklanan soru formlarını ebe ve hekimlerin doldurması beklenmiştir. Ancak 4 ebe ve 7 hekim araştırmacıdan soruları okumasını ve yanıtlarını yazmasını istemiştir. Formların rahat uygulanması ve dikkatlerin dağılmaması için sakin ortamlar seçilmeye çalışılmış, hekim ve ebelerle dinlenme saatlerinde, doğum eyleminin, poliklinik muayenelerinin olmadığı zamanlarda ya da gece nöbetlerinin uygun saatlerinde görüşülmüştür. Araştırmacı formların doldurulması sırasında katılımcıların yanında bekleyerek, kişiler tarafından anlaşılamayan soruları cevaplandırmıştır. Formların uygulama süresi ortalama 5-10 dakika sürmüştür. Uygulama Ekim 2006-Kasım 2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **2.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayarda SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; Khi-kare testi, Fisher's Exact test uygulanmıştır. Veriler tablolarda denek sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır (Akgül, Çevik 2005, Aksakoğlu 2005, Şenocak 1998).

### **3. BULGULAR**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan hekim ve ebelerin tanıtıcı özellikleri, kendi ya da eşlerinin doğum şekli ile ilgili ifadeleri ile normal vajinal doğum ve sezaryen doğum hakkındaki görüşlerinden elde edilen bulgular yer almaktadır.



Tablo 1’de araştırmada yer alan ebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımları görölmektedir.

**Tablo 1. Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Ebe Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
≤ 20	17	20.2
21-30	30	35.7
31-40	23	27.4
≥ 41	14	16.7
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	33	39.3
Ön lisans	25	29.7
Lisans	26	31.0
<b>Çalışılan Kurum</b>		
Devlet Hastaneleri	38	45.2
Üniversite Hastanesi	8	9.6
Özel Hastaneler	38	45.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	47	56.0
Bekar	37	44.0
<b>Toplam</b>	<b>84</b>	<b>100.0</b>

Tablo 1’de araştırmaya katılan ebelerin %35.7’si 21-30 yaş grubunda olup, %56’sı evlidir. %39.3’ü lise mezunu olan ebelerin, %45.2’si devlet hastaneleri yine %45.2’si özel hastanelerde çalışmaktadır.

Tablo 2’de araştırmada yer alan hekimlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımları görölmektedir.

**Tablo 2. Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Hekim Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
23-32	12	33.3
33-42	15	41.7
≥ 43	9	25.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Yüksek Lisans	6	16.7
Uzmanlık	30	83.3
<b>Çalışılan Kurum</b>		
Devlet Hastaneleri	10	27.8
Üniversite Hastanesi	13	36.1
Özel Hastaneler	13	36.1
<b>Cinsiyet</b>		
Bayan	17	47.2
Erkek	19	52.8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	28	77.8
Bekar	8	22.2
<b>Toplam</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Tablo 2 incelendiğinde, araştırmaya katılan hekimlerin %41.7'si 33-42 yaş grubunda olup, %83.3'ü uzman hekimdir. Hekimlerin %36.1'i özel hastanelerde yine %36.1'i üniversite hastanesinde çalışmaktadır. %52.8'i erkek olan hekimlerin %77.8'inin evli olduğu saptanmıştır.

Tablo 3’de araştırma kapsamına alınan hekim ve ebelerin kendi ya da eşlerinin doğum şeklinin dağılımı verilmiştir.

**Tablo 3. Hekim ve Ebelerin Kendi ya da Eşlerinin Doğum Şeklinin Dağılımı**

Doğum Şekli Özellikleri	Ebe		Hekim	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>*Çocuk sahibi olma durumu (ebe:46,hekim:28)</b>				
Evet	39	84.8	22	78.6
Hayır	7	15.2	6	21.4
<b>*Doğumların yapıldığı yer (ebe:39,hekim:22)</b>				
Devlet hastaneleri	31	79.5	9	40.9
Özel hastaneler	2	5.1	3	13.6
Üniversite hastaneleri	5	12.8	10	45.5
Ev	1	2.6	-	-
<b>*Yapılan doğum şekli (ebe:39,hekim:22)</b>				
Normal vajinal	20	51.3	-	-
Sezaryen	19	48.7	22	100
<b>Sezaryen seçim nedeni (ebe:19,hekim:22)</b>				
İsteğe bağlı	9	47.4	9	40.9
Tıbbi endikasyon	10	52.6	13	59.1

\*Çocuk sahibi olma durumu, doğumların yapıldığı yer, yapılan doğum şekli maddelerinde ilk doğumlar dikkate alınmıştır.

Tablo 3’e bakıldığında evli olan hekimlerin %78.6’sının, ebelerin ise %84.8’inin çocuk sahibi oldukları görülmektedir. Doğumların yapıldığı yerler ise hekimlerde %45.5 ile üniversite hastaneleri, ebelerde %79.5 ile devlet hastaneleri olarak saptanmıştır.

Hekimlerin kendileri yada eşleri için %100’ü, ebelerin ise %48.7’si sezaryen doğumu deneyimlemişlerdir. Ayrıca ebelerin %51.3 oranında normal

vajinal doğumu deneyimledikleri saptanmıştır. Araştırmamıza katılan ebelerin %48.7'si (19 ebe) ve hekimlerin %100'ünün (22 hekim) deneyimledikleri sezaryen doğumların tercih edilme nedenlerine bakıldığında ise hekimlerin %59.1'i ve ebelerin %52.6'sı tıbbi endikasyon nedeni ile, hekimlerin %40.9'u ve ebelerin %47.4'ü ise kendi istekleri üzerine sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4'de araştırmaya katılan hekim ve ebelerin normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar kişisel olarak hangi doğum şeklini tercih edeceklerinin dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4. Hekim ve Ebelerin Doğum Şekillerine Yönelik Kişisel Tercihlerinin Dağılımı**

*Kişisel Tercih	Ebe Sayı	%	Hekim Sayı	%	Anlamlılık Derecesi
Normal	51	60.7	15	41.7	$\chi^2=3.694$ $p=0.055$ $p>0.05$
Sezaryen	33	39.3	21	58.3	
<b>**Toplam</b>	<b>84</b>	<b>100.0</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>	

\*Bu soru erkek katılımcılara "siz kadın olsaydınız şimdi doğum yapacak olsanız hangi doğum şeklini tercih ederiniz" şeklinde sorularak cevap alınmıştır.

Tablo 4'de araştırmaya katılan hekim ve ebelerin normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken doğum yapacak olsalar hangi doğum şeklini tercih edecekleri incelendiğinde hekimlerin %41.7'si normal vajinal doğumu, %58.3'ü ise sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir. Ebelerin ise %60.7'sinin normal vajinal doğumu, %39.3'ünde sezaryen doğumu tercih edeceklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 5’de araştırmaya katılan hekim ve ebelerin, normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar, sezaryen doğumu tercih etme nedenlerine yönelik ifadelerinin dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 5. Hekim ve Ebelerin Sezaryen Doğum Tercih Nedenlerine Yönelik İfadelerinin Dağılımı(ebe:33, hekim:21)\***

İfadeler	Ebe		Hekim	
	Sayı	%	Sayı	%
Sezaryen doğum daha az yıpratıcı ve normal doğuma göre daha konforlu	3	9.0	4	19.0
Travay/ağrı çekmek istememek ve korkmak	26	78.7	7	33.3
Normal vajinal doğumun daha zor ve riskli	5	15.1	5	23.8
Cevapsız	5	15.1	7	33.3

\*İfadeler birden fazla olduğu için yzdeleler “n” üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan hekim ve ebelerin normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar hangi doğum şeklini tercih edecekleri sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında hekimlerin %58.3’ ebelerin ise %39.3’ sezaryen doğumu tercih ettikleri grlmektedir (Tablo 4).

Tablo 5’de ise bu sezaryen tercihlerinin nedenleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %33.3’ sezaryen tercihinin nedenini belirtmemiştir. İlk sırada yer alan neden %33.3 ile “travay/ağrı çekmek istememek ve korkmak” olmuştur. Hekimlerin sezaryen tercih nedeninin ikincisi ise %23.8 ile “normal vajinal doğumun daha zor ve riskli” olduğu düşüncesidir. Son sırada ise %19 ile “sezaryen doğum daha az yıpratıcı ve normal doğuma göre daha konforlu” cevapları yer almaktadır. Ebelerin sezaryen tercih nedenlerinin başında

%78.7 ile “travay/ağrı çekmek istememek ve korkmak” gelmektedir. Ebelerin %15.1’i sezaryen tercihinin nedenini belirtmemiş, %15.1’i “normal vajinal doğumun daha zor ve riskli”, %9’u ise “sezaryen doğum daha az yıpratıcı ve normal doğuma göre daha konforlu” cevabını vermiştir.

Tablo 6’da araştırmaya katılan bireylerin normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar, doğum şekli tercihlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Doğum Şekline Yönelik Kişisel Tercihlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Kişisel Tercih	Cinsiyet				Anlamlılık Derecesi
	Bayan		Erkek		
	Sayı	%	Sayı	%	
Normal	59	58.4	7	36.8	$\chi^2=3.007$ p=0.083 p>0.05
Sezaryen	42	41.6	12	63.2	
<b>Toplam</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>	

Tablo 6’ya bakıldığında araştırmaya katılan bayanların %58.4’ü kendileri için normal vajinal doğumu tercih ederken, erkeklerin %63.2’si sezaryen doğumu tercih etmektedir. Cinsiyet ve kişisel tercih karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 7’de araştırmaya katılan bireylerin normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar doğum şekli tercihlerinin daha önce yapılan doğum şekli ile olan ilişkisinin dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Daha Önce Yapılan Doğum Şekline Göre Kişisel Doğum Şekli Tercihlerinin Dağılımı**

Kişisel Tercih	Daha Önce Yapılan Doğum Şekli				Anlamlılık Derecesi
	Normal		Sezaryen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Normal	17	85.0	14	34.1	$\chi^2=13.909$ $p=0.0001$ $p<0.05$
Sezaryen	3	15.0	27	65.9	
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>	

Tablo 7’de araştırmaya katılan ve çocuk sahibi olan (n=61) hekim ve ebelerin normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar, daha önce yapılan doğum şeklinin şimdiki tercihleri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi daha önce normal vajinal doğum deneyimleyenlerin %85’i tekrar vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtirken %15’i sezaryen doğumu tercih edeceğini belirtmiştir. Ayrıca daha önce sezaryen doğumu deneyimleyenlerden %34.1’i şimdi doğum yapacak olsalar normal vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir. %65.9’u ise tekrar sezaryen doğumunu tercih edeceklerini ifade etmiştir. Daha önceki doğum şekilleri ile şimdiki doğum tercihleri karşılaştırıldığında da gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Tablo 8’de araştırmaya katılan hekim ve ebelerin en sağlıklı doğum şekline ilişkin ifadelerinin dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 8. Hekim ve Ebelerin En Sağlıklı Doğum Şekline İlişkin İfadelerinin Dağılımı**

En Sağlıklı Doğum Şekli	Ebe		Hekim		Anlamlılık Derecesi
	Sayı	%	Sayı	%	
Normal	78	92.9	28	77.8	*p=0.028
Sezaryen	6	7.1	8	22.2	p<0.05
<b>Toplam</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	

\*Fisher's exact test uygulanmıştır.

Tablo 8'e bakıldığında araştırmaya katılan ebelerin % 92.9'u en sağlıklı doğum şekli olarak vajinal doğumu belirtirken bu oran hekimlerde % 77.8'dir. Hekimlerin %22.2'si ise sezaryen doğumu en sağlıklı doğum şekli olarak ifade etmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında da gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 9'da araştırmaya katılan hekim ve ebelerin doğum şekillerini sağlıklı görme nedenlerine yönelik ifadelerinin dağılımı yer almaktadır.



**Tablo 9. Hekim ve Ebelerin Doğum Şekillerini Sağlıklı Görme Nedenlerinin Dağılımı**

<b>Normal Doğumun Sağlıklı Olma Nedenleri (ebe:78,hekim:28)*</b>	<b>Ebe Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Hekim Sayı</b>	<b>%</b>
Doğal, normal ve fizyolojik bir olay	55	70.5	18	64.2
Komplikasyon risk az, cerrahi gerektirmiyor	10	12.8	9	32.1
Doğum sonu iyileşme daha hızlı	16	20.5	2	7.1
Doğum sayısını kısıtlamıyor	4	5.1	-	-
<b>Sezaryen Doğumun Sağlıklı Olma Nedenleri</b>	<b>Ebe Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Hekim Sayı</b>	<b>%</b>
Doktor kontrollü ve bebek için risk az	2	33.3	3	37.5
Travay/ağrı yok	4	66.7	3	37.5
Cevapsız	-	-	2	25.0
<b>Toplam</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>

\* Birden fazla ifade vardır. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır

Tablo 9’a bakıldığında en sağlıklı doğum şekli normal vajinal doğumdur diyen hekimlerin %64.2’si ve ebelerin %70.5’i “doğal, normal ve fizyolojik bir olay olduğu” için sağlıklıdır cevabını vermişlerdir. Hekimlerde ikinci sırayı %32.1 ile “komplikasyon, risk az ve cerrahi işlem gerektirmiyor” cevabı, üçüncü sırayı ise %7.1 ile “doğum sonu iyileşme daha hızlı” cevabı oluşturmuştur. Ebelerde ise ikinci sırada %20.5 ile “doğum sonu iyileşme daha hızlı” cevabı daha sonra sırası ile %12.8 ile “komplikasyon, risk az ve cerrahi işlem gerektirmiyor” ve %5.1 ile “doğum sayısını kısıtlamıyor” cevapları yer almaktadır.

Buna karşın sezaryen ile doğum en sağlıklı doğum şeklidir cevabını veren hekimlerin %37.5'i, ebelerinde %33.3'ü sezaryen doğumunun doktor kontrollünde olması ve bebek için daha az risk oluşturması nedeni ile en sağlıklı doğum şekli olarak belirtmişlerdir. Ebelerin %66.7'si, hekimlerinde %37.5'i bir diğer neden olarak travay olayının yaşanmaması ya da ağrı duyulmaması nedeni ile en sağlıklı doğum şeklinin sezaryen olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 10'da araştırmaya katılan hekim ve ebelerin doğum şekline yönelik verilen olumlu ifadelere katılma durumlarının dağılımı verilmektedir.

**Tablo 10. Doğum Şekillerine Yönelik Olumlu İfadelere Hekim (n:36) ve Ebelerin (n:84) Katılma Durumlarının Dağılımı**

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		*Kısmen Kat.		Katılmıyorum		Test
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Ailelerin Doğum şeklini (sezaryen/normal) seçme özgürlükleri olmalı	<b>Ebe</b>	49	58.3	22	26.2	13	15.5	$\chi^2=0.334$ $p=0.846$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	19	52.8	11	30.5	6	16.7	
2.Normal doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerle (müzik dinleme, hayal kurma) ağrı en aza indirilebilirse kadınlar normal vajinal doğumu tercih edecektir.	<b>Ebe</b>	70	83.3	12	14.3	2	2.4	$\chi^2=14.02$ $p=0.001$ $p<0.05$
	<b>Hekim</b>	20	55.6	9	25.0	7	19.4	
3.Normal doğum kadın ile sağlık çalışanları arasındaki olumlu etkileşimi artırır	<b>Ebe</b>	33	39.3	22	26.2	29	34.5	$\chi^2=0.748$ $p=0.688$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	17	47.2	9	25.0	10	27.8	
4.Hekim ve ebelerin doğum şekline ilişkin inançları yaptırdıkları doğumlara da yansiyacaktır	<b>Ebe</b>	43	51.2	26	31.0	15	17.8	$\chi^2=5.350$ $p=0.069$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	23	63.9	4	11.1	9	25.0	
5. Doğum şekline kadının izlemine yapan ebe veya hekim karar vermelidir.	<b>Ebe</b>	47	56.0	34	40.5	3	3.5	$\chi^2=3.187$ $p=0.203$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	16	44.4	16	44.4	4	11.2	

\*Kısaltma; Kısmen Kat:Kısmen katılıyorum

**Tablo 10.(devam) Doğum Şekillerine Yönelik Olumlu İfadelere Hekim (n:36) ve Ebelerin (n:84) Katılma Durumlarının Dağılımı**

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		*Kısmen Kat.		Katılmıyorum		Test
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
6. Hekim ve ebelerin kadınlara normal doğum hakkında bilgi verip desteklemesi sezaryen oranlarını azaltacaktır	<b>Ebe</b>	64	76.2	15	17.8	5	6.0	$\chi^2=5.137$ $p=0.077$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	24	66.7	5	13.9	7	19.4	
7. Ailelere sezaryen doğum şekli bir seçenek olarak sunulmalı.	<b>Ebe</b>	39	46.4	22	26.2	23	27.4	$\chi^2=1.162$ $p=0.559$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	13	36.1	12	33.3	11	30.6	
8. Sezaryenle yapılan doğum sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde hekimler tarafından tercih edilen bir doğum şeklidir.	<b>Ebe</b>	24	28.6	22	26.2	38	45.2	$\chi^2=7.490$ $p=0.024$ $p<0.05$
	<b>Hekim</b>	17	47.2	12	33.3	7	19.5	
9. Endikasyon olmasa dahi sezaryen isteğinde bulunan bayanın/ailenin kararı uygulanmalı.	<b>Ebe</b>	31	36.9	32	38.1	21	25.0	$\chi^2=0.053$ $p=0.974$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	14	38.9	13	36.1	9	25.0	

\*Kısaltma; Kısmen Kat:Kısmen katılıyorum

Tablo 10 incelendiğinde araştırmaya katılan hekim ve ebelerin büyük çoğunluğunun birinci, ikinci, beşinci ve altıncı ifadelerine kısmen ya da tamamen katıldığı saptanmıştır. “Normal doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerle (müzik dinleme, hayal kurma v.b) ağrı en aza indirilebilirse kadınlar normal vajinal doğumu tercih edeceklerdir “(ifade 2) ifadesi ve “Sezaryenle yapılan doğum sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde hekimler tarafından tercih edilen bir doğum şeklidir” (ifade 8) ifadelerinde gruplar

arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Diğer maddelerde ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 11’de araştırmaya katılan hekim ve ebelerin doğum şekline yönelik verilen olumsuz ifadelere katılma durumlarının dağılımı verilmektedir.

**Tablo 11. Doğum Şekillerine Yönelik Olumsuz İfadelere Hekim (n:36) ve Ebelerin (n:84) Katılma Durumlarının Dağılımı**

İfade	Sağlık Çalışanı	Katılıyorum		*Kısmen Kat.		Katılmıyorum		Test
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1. Hekim ve ebeler kadınları normal doğumun avantaj ve dezavantajları hakkında yeterince bilgilendirmiyor	<b>Ebe</b>	23	27.4	36	42.9	25	29.7	$\chi^2=1.170$ $p=0.557$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	13	36.1	15	41.7	8	22.2	
2. Alternatif doğum teknikleri (lamaze,suda, vb.) kadınlara bir seçenek olarak sunulmuyor	<b>Ebe</b>	67	79.8	9	10.7	8	9.5	$\chi^2=0.354$ $p=0.838$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	27	75.0	5	13.9	4	11.1	
3. Hekim ve ebeler kadınları sezaryen operasyonunun riskleri hakkında yeterince bilgilendirmiyor	<b>Ebe</b>	28	33.3	33	39.3	23	27.4	$\chi^2=1.781$ $p=0.410$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	16	44.4	10	27.8	10	27.8	
4. Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin alternatif doğum teknikleri (lamaze, suda v.b) konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir	<b>Ebe</b>	19	22.6	20	23.8	45	53.6	$\chi^2=0.489$ $p=0.783$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	10	27.8	9	25.0	17	47.2	
5. Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin farmakolojik olmayan yöntemler (müzik dinleme, hayal kurma v.b) konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir	<b>Ebe</b>	11	13.1	20	23.8	53	63.1	$\chi^2=4.755$ $p=0.093$ $p>0.05$
	<b>Hekim</b>	8	22.2	13	36.1	15	41.7	
6. Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin normal doğum hakkında kendilerine yeteri kadar güvenmemelerinden kaynaklanabilir	<b>Ebe</b>	7	8.3	11	13.1	66	78.6	$\chi^2=6.672$ $p=0.036$ $p<0.05$
	<b>Hekim</b>	7	19.4	9	25.0	20	55.6	

\*Kısaltma; Kısmen Kat:Kısmen katılıyorum

Tablo 11 incelendiğinde araştırmaya katılan hekim ve ebelerin yaklaşık üçte ikisinin, birinci ve üçüncü ifadelere kısmen ya da tamamen katıldığı saptanmıştır. Her iki grubun yaklaşık yarısından fazlasının altıncı ifadeye katılmadığı belirlenmiştir. “Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin normal doğum hakkında kendilerine yeteri kadar güvenmemelerinden kaynaklanabilir” (ifade 6) ifadesinde, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Diğer maddelerde ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

#### **4. TARTIŞMA**

Bu çalışma doğum alanında çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla yapılmış olup elde edilen bulgular 2 başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Hekim ve ebelerin bireysel doğum şekli tercihlerinin tartışılması
- Sezaryen ve normal doğuma ilişkin hekim ve ebelerin genel görüşlerin tartışılması

#### **Hekim ve Ebelerin Bireysel Doğum Şekli Tercihlerinin Tartışılması**

Bu bölümde hekim ve ebelerin tanıtıcı özellikleri, kendi ya da eşlerinin deneyimledikleri doğum şekli, bu doğum şeklini seçme nedenleri, doğum şekline yönelik kişisel tercihleri ve en sağlıklı doğum şekline yönelik verilen ifadeler tartışılmıştır.

Araştırmaya katılanların ebelerin %35.7'si 21-30 yaş grubunda olup, %56'sı evlidir. %60.7'si ön lisans ve lisans mezunu olan ebelerin çalıştıkları kurumlara bakıldığında hem devlet hem de özel hastanelerde çalışan toplam ebe sayısı (%45.2) birbirine eşit bulunmuştur (Tablo 1). Araştırmaya katılan hekimlerin %41.7'si 33-42 yaş grubunda olup, %83.3'ü uzmandır. Hekimlerin %52.8'i erkek ve %77.8'i evlidir. Kurumlara bakıldığında ise üniversite ve özel hastanelerde çalışan toplam hekim sayısı da (%36.1) eşit olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Çalışmamıza katılan Hekimlerin %78.6'sı, ebelerin ise %84.8'inin çocuk sahibi olduklarını görülmektedir (Tablo 3). Doğum yaptıran sağlık çalışanlarının kendi doğumlarını yaptırdıkları yerler incelendiğinde hekimlerin %86.4'ü kurum hastanelerinde, %13.6'sının ise özel hastanede kendi doğumlarını yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Ebelerin ise kendi doğumlarını %92.3'ü kurum hastanesinde, %5.1'i özel hastanede ve %2.6'sı da evde yaptırdıklarını ifade etmiştir. Wright J.B ve arkadaşlarının (2001) doğum tercihleri üzerine yaptıkları bir araştırmada, doğumun yapılacağı mekanla ilgili olarak kadın doğum hekimlerinin %82.5'i hastaneyi, %15'i özel hastaneyi, %2.6'sı da evi kendi doğumları için tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. Araştırma sonucumuz Wright J.B'nin sonucuna



benzerlik göstermekle birlikte araştırmamızda hiçbir hekimin evde doğumu tercih etmemesi dikkat çekicidir. Ancak gelişmiş ülkelerde evde doğum olanakları ülkemiz olanakları ile kıyaslandığında bu durum normal karşılanabilir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin %100'ünün kendisinin ya da eşinin doğum şekli olarak sezaryen doğumu yaptırdıkları grlmektedir. Ebelerin ise %48.7'si sezaryen doğumu, %51.3' de normal vajinal doğumu deneyimlemişlerdir (Tablo 3). Doğum yaptırma sorumluluğu olan hekim ve ebelere kendi doğumlarında sezaryen doğumun niçin yapıldığı sorulduğunda yarıya yakınının hiçbir endikasyon olmadan normal doğuma karşı sezaryen doğumu tercih etmeleri düşündürücüdür (Tablo 3). Çalışkan E ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2005), araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından aile hekimlerinin %77'si, kadın doğum hekimlerinin %69'u, pediatri hekimlerinin %60'ı, kendi doğumlarında sezaryenle doğumu seçerken ebe ve hemşirelerin %23' sezaryenle doğum yapmıştır. Araştırmamızda ise kadın doğum hekimlerinin tamamının (kendisi ya da eşi), ebelerinde yarıya yakınının sezaryenle doğum yapmış olması (Tablo 3) her geçen gün hekim ve ebelerin sezaryenle doğuma eğilimlerinin arttığını gösterebilir. Doğum yaptırma yetkisi olan kişilerin normal doğuma yönelik güven duygusunun azalması hizmet verdikleri kadın grubuna da yansiyabilir. Bu nedenle hizmet içi eğitim programları ile hem hekim hem de ebelere normal doğumun bireyler açısından yararlarının vurgulanması önemli olabilir. Araştırmamıza katılan hekim ve ebelerin normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar hekimlerin %58.3'ünün, ebelerin ise %39.3'ünün sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmeleri (Tablo 4)( $p>0.05$ ) bu düşüncelerimizi destekler niteliktedir. McGurgan P ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (2001) da, kadın doğum hekimlerinin sadece %7'si normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken doğum yapacak olsalar kendileri ya da partnerleri için sezaryenle doğumu tercih edeceklerini söylemişlerdir. Araştırmamızın bulguları bu araştırma bulgularından oldukça

yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamıza katılan hekim ve ebelerin sezaryenle doğuma daha pozitif baktığını gösterebilir.

Araştırmaya katılan ebelerin %92.9'u, hekimlerin %77.8'i en sağlıklı doğum şekli olarak normal vajinal doğumu görürken (Tablo 8)( $p<0.05$ ), normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken kendileri doğum yapacak olsalar ebelerin %60.7'si, hekimlerin ise %41.7'si normal vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Tablo 4)( $p>0.05$ ). Bu bulgular çalışmamıza katılan ebelerin hekimlere göre normal doğumu daha sağlıklı gördüklerini düşündürebilir. Ancak kendileri doğum yapacak olduklarında her iki grupta da normal vajinal doğum tercihinde bir azalma olması dikkat çekicidir. Gonen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (2002) ise İsraili doğum uzmanlarının %91'i kişisel olarak normal vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu çalışmamızda hekimlere yönelik elde edilen bulgunun iki katından daha fazladır. Bu da hekimlerimizin normal doğumdan uzaklaştığını düşündürebilir.

Araştırmamıza katılan hekim ve ebelerin doğum şekli tercihlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde ise kadınların %41.6'sı kendileri için sezaryen doğumu tercih ederken, erkeklerin %63.2'si sezaryen doğumu tercih etmektedir (Tablo 6)( $p>0.05$ ). İngiltere'de yapılan benzer bir çalışmada ise kadın doğum hekimlerinden erkeklerin %16.4'ü, kadınların ise %14.6'sı sezaryen operasyonunu tercih edeceklerini ifade etmişlerdir (Wright et. al. 2001, McFarlin 2004). Bu çalışmada ve bizim çalışmamızda cinsiyete bağlı doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olmakla birlikte bizim çalışmamıza katılan hekimlerden erkeklerin yarısından fazlası, Wright ve arkadaşlarının çalışmasında (2001) ise %16.4'ü sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda kadınların yarıya yakınının diğer çalışmada ise %14.6'sının sezaryen doğumu tercih edeceklerini ifade etmeleri düşündürücüdür. Kendi doğum şekli tercihleri daha çok sezaryen olan hekim ve ebelerin doğum yaptıracakları kadınları da sezaryen doğum şekline yönlendirebilecekleri düşünülebilir. Ülkemizde sezaryenle doğum oranının özellikle üniversite ve özel hastanelerde bunun yanı sıra performans uygulaması

ile birlikte devlet hastanelerinde de gittikçe artması da bu düşüncemizi destekler niteliktedir (Ergöçmen, Coşkun 2003, Kılıç 2004).

Araştırmaya katılan hekim ve ebelerin daha önceki doğum şekillerine göre kişisel doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığında, daha önce normal vajinal doğum deneyimleyenlerin %85'i tekrar vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtirken %15'i sezaryen doğumu tercih edeceğini ifade etmiştir. Daha önce sezaryen doğumu deneyimleyenlerin %65.9'u tekrar sezaryen doğumu, % 34.1'i ise normal vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir (Tablo 7)( $p<0.05$ ). Sezaryen doğum deneyimleyen her üç kişiden birinin bir sonraki doğumlarında herhangi bir problem olmaz ise vajinal doğumu tercih edeceğini belirtmesi buna karşın normal doğumu deneyimleyen yaklaşık her yedi kişiden birinin bir sonraki deneyimi için sezaryen doğumu tercih edeceğini belirtmesi önemli bir bulgudur. Bu ifadelere göre sezaryen deneyimini yaşayan sağlık çalışanlarının normal doğumu deneyimleyenlere göre daha sıkıntılı ya da problemlili bir süreç yaşadığı düşünülebilir.

Araştırmamız da normal vajinal doğum yapmalarına engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar tercihlerini sezaryen olarak belirten sağlık çalışanlarına niçin sezaryen doğumu tercih ettikleri sorulduğunda (Tablo 5) hekimlerin %33.3'ü, ebelerin 15.1'i neden belirtmemiştir. Ebelerin %78.7'si, hekimlerin %33.3'ü travayı ya da ağrıyı çekmek istemedikleri ve korktukları için, hekimlerin %23.8'i, ebelerin %15.1'i normal vajinal doğumu daha zor ve riskli bulduğu için sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmiştir. Hekimlerin %19'u, ebelerin ise %9'u sezaryen doğumu daha az yıpratıcı ve normal doğuma göre daha konforlu bulduğu için tercih edeceğini ifade etmiştir (Tablo 5). Wright ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2001) da, kadın doğum hekimleri pelvik organlara ya da perineye zarar verme korkusunu (%93) isteğe bağlı sezaryeni seçme nedeni olarak ilk sırada belirtmiştir. Wright ve arkadaşlarının çalışmasında (2001), belirtilen diğer nedenler sırası ile sezaryenin kolaylığı (%39), kontrol altında olma hissi (%39) ve doğumdan korkmak (%27) dir. Çalışkan ve arkadaşlarının çalışmalarında (2005) ise pediatrişlerin %85'i, kadın doğum hekimlerin %59'u, ebe-hemşirelerin %58'i ve aile hekimlerinin %50'si

doğum komplikasyonlarından kaçınmayı sezaryen doğum tercih nedeni olarak belirtmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin %61'i, ebe-hemşirelerin %52'si, kadın doğum hekimlerin %50'si ve pediatrişlerin %28'i doğum ağrısı korkusunu sezaryen doğum tercih nedeni olarak ifade etmişlerdir. Nedenleri farklı olsa çalışmalarda sağlık çalışanlarının normal doğumdan korku duydukları için sezaryen doğumu tercih nedeni olarak belirttikleri söylenebilir. Çalışmamızda yaklaşık doğum hekimlerin yarısının ve her dört ebeden birinin normal vajinal doğumu sezaryenle doğuma göre daha zor, riskli ve yıpratıcı görmeleri, sezaryenle doğumu konforlu bulmaları düşündürücüdür. Her iki meslek grubu da eğitim süreçlerinde normal vajinal ve sezaryenle doğumun avantaj ve dezavantajlarına yönelik bilgilenmektedirler. Bu eğitim süreçlerinde normal vajinal doğum daha çok avantajlı, daha az riskli ve daha az yıpratıcı olarak verilmekte ve sezaryenle doğum riskli olarak gösterilmektedir. Mezuniyet sonrası bu bilgilerin negatif yönde değişimi şaşırtıcıdır. Literatürde hekimlerin sezaryen için kadına daha az süre ayırması, maddi kazanımının normal vajinal doğuma göre daha fazla olması, daha az zahmetli olması, gibi nedenlerle sezaryen doğumu tercih ettiklerini vurgulamaktadır (Hopkins 2000, Kılıç 2004, Yıldız 2006). Bu nedenlerle hekim ve ebelerin normal vajinal doğuma yönelik eğitimlerinde aldıkları pozitif bilgiler olumsuz olarak değişmiş olabilir. Ayrıca bizim kültürümüzde normal vajinal doğumun ağrı çekme, ölüm, çaresizlik ve başkalarına bağımlı olma gibi kavramlarla özdeşleştirildiği bilinmektedir (Taşkın 2002, Evrûke 2005). Sağlık çalışanlarının normal vajinal doğuma yönelik olumsuz düşüncelerini bu inanç ve değerlerde etkilemiş olabilir.

Araştırmaya katılan ebelerin % 92.9'u, hekimlerin % 77.8'i en sağlıklı doğum şekli olarak normal vajinal doğum cevabını verirken hekimlerin %22.2'si, ebelerin %7.1'i sezaryen doğumun en sağlıklı doğum şekli olduğunu belirtmiştir (Tablo 8)( $p<0.05$ ). Normal vajinal doğumu en sağlıklı doğum şekli olarak değerlendiren hekimlerin %64.2'si, ebelerin ise %70.5'i doğal, normal ve fizyolojik bir olay olduğu için normal vajinal doğumu sağlıklı gördüklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimler normal vajinal doğumu, komplikasyon görülme olasılığı ya da riskin az olması ve cerrahi işlem gerektirmemesi (%32.1), doğum

sonu iyileşmenin daha hızlı (%7.1) olması nedeni ile sağlıklı bulduklarını belirtmişlerdir. Ebeler ise doğum sonu iyileşme daha hızlı (%20.5) ve komplikasyon görülme olasılığı, riski az olduğu, cerrahi işlem gerektirmediği (%12.8) ve doğum sayısını kısıtlamadığı (%5.1) için normal vajinal doğumu daha sağlıklı bulduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9). Wright ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (2001) vajinal doğumu tercih nedenleri, doğal olması (%46), müdahale gerektirmemesi (%42) ve sezaryenle doğum sonrası yaşanan sorunlarını yaşanmamasıdır (%38). Bu bulgular çalışmamız bulgularına benzerlik göstermektedir.

Hekimlerin %37.5'inin, ebelerin ise %33.3'ünün doktor kontrollü ve bebek için daha az riskli olması, ayrıca travaydaki sıkıntılar ya da ağrının olmayışı (dr:%37.5, ebe:%66.7) nedenleri ile sezaryenle doğumu sağlıklı bulmaları (Tablo 9) dikkat çekicidir. Az sayıda da olsa sezaryenle doğumu hem kadın doğum hekimlerinin hem de ebelerin sağlıklı bulması sağlık felsefesi ile bağdaşmamaktadır. Tüm sağlık çalışanları için doğum şeklindeki temel sağlık felsefesi öncelikle normal vajinal doğumun denenmesi eğer anne veya fetus sağlığı açısından normal vajinal doğumu engelleyen bir durum var ise ya da bir risk söz konusu ise cerrahi yol denenmelidir (Ataç ve ark.2004, Çetin 2006). Çalışmamızda en sağlıklı doğum şeklinin sezaryen doğum olduğunu ifade eden hekim ve ebelerin az sayıda olduğu görülmektedir (Tablo 8). Küçük bir grup olsa da bu grubun kendi inançlarını hizmet verdikleri kadınlara yansıtabilecekleri düşünülebilir. Her geçen gün sağlık kurumlarında, sezaryenle doğum sayısının artması da bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

### **Sezaryen ve Normal Doğuma İlişkin Hekim ve Ebelerin Genel Görüşlerinin Tartışılması**

Bu bölümde sezaryen ve normal doğuma ilişkin verilen 9 olumlu, 6 olumsuz ifadeye hekim ve ebelerin katılma ya da katılmama durumları tartışılmıştır (Tablo 10,Tablo 11).

Ailelerin doğum şeklini (sezaryen/vajinal) seçme özgürlükleri olmalıdır görüşüne (ifade 1)(Tablo 10) ebelerin %84.5'i, hekimlerin ise %83.3'ünün kısmen

ya da tamamen katıldığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 10). Gonen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da, doğum uzmanlarının %45'inin kadınların sezaryen operasyonu seçme hakkının olması gerektiği görüşünü desteklediği saptanmıştır. Araştırma sonucumuz Gonen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonucuna benzer bulunmuştur. Ailelere sezaryen doğum şekli bir seçenek olarak sunulmalı görüşüne (ifade 7)(Tablo 10) katılımın hem ebe hem de hekim grubunda azalması düşündürücüdür ( $p>0.05$ )(Tablo 10). Çünkü ailelerin doğum şeklini özgürce seçebilmesi için doğum şeklinin kişilere bir seçenek olarak sunulması gerekmektedir. Gonen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, doğum uzmanların yarısı sezaryen doğumu seçme hakkının kadınlara açıklanması gerektiğini belirtmişlerdir. Doğum şekline kadının izlemine yapan ebe veya hekim karar vermelidir görüşüne (ifade 5)(Tablo 10), hem ebe (%96.5), hem de hekim (%88.8) grubunun büyük çoğunluğunun kısmen ya da tamamen katıldığı saptanmıştır ( $p>0.05$ )(Tablo 10). 1.ifade de doğum şekline bireyin kendisi ya da ailesinin karar vermesi desteklenirken, 5.ifadede bireyin yerine sağlık çalışanlarının karar vermesi söz konusudur. Bulgular incelendiğinde hem hekim hem de ebe grubunun yarı yarıya görüş ayrılığında oldukları söylenebilir. Literatürde ise doğum şekline risk ve yarar dengesi gözetilerek anne adayları ile sağlık personelinin birlikte karar vermesi gerektiği vurgulanmaktadır (Devenda, Arulkumara 2003, Çivili 2005, Demircioğlu 2006). Günümüzde kadın rolündeki değişimler, doğum esnasında geçmişte girilen pasif ve bağımlı hasta rolü yerine eyleme aktif katkıda bulunan kadını ortaya çıkarmıştır. Böylece kadın doğumla ilgili karar verme, ağrı kontrolünü isteme ya da reddetme, doğal yöntemleri seçme konularında daha bağımsız hareket etmeye başlamıştır (Zwelling 1996, Kömürcü, Gençalp 2002).

Hekim ve ebeler kadınları normal doğumun avantaj ve dezavantajları hakkında yeterince bilgilendirmiyorlar görüşüne (ifade 1)(Tablo 11), araştırma kapsamındaki ebelerin %70.3'ü, hekimlerin %77.8'i kısmen ya da tamamen katılmıştır ( $p>0.05$ )(Tablo 11). Hekim ve ebeler kadınları sezaryen operasyonunun riskleri hakkında yeterince bilgilendirmiyorlar görüşüne (ifade 3) (Tablo 11), ebelerin %72.6'sı, hekimlerin %72.2' si kısmen ya da tamamen

katıldığını ifade etmişlerdir ( $p>0.05$ )(Tablo 11). Hekim ve ebeler annelerin, normal vajinal doğumun avantaj ve dezavantajları ve olası riskleri hakkında bilgilendirme sorumlulukları vardır. Elde edilen bulgulara göre her iki grubunda bu sorumluluklarını yeterince yerine getiremediklerini ortaya koymaları önemlidir. Gelişmiş ülkelerde doğum yaptıran kişiler kadınlara normal vajinal doğum ve sezaryenle doğumun olumlu ve olumsuz yönlerine yönelik yeterli açıklamalarda bulunmadıklarında sezaryen sonrası gelişen komplikasyonlar nedeni ile kadınlar operasyonu yapan kişiye yönelik davalar açmaktadırlar. Örneğin her yıl ABD’de 2.5 doğum uzmanına bir dava düşmektedir. Kadınların dava nedeni çoğu kez sezaryen operasyonunun olumsuz etkileri hakkında kendilerine yeterli bilgi verilmemesidir (McFarlin 2004). Florica ve arkadaşları (2006), doğum uzmanlarının kadınların doğum tercihlerine karar verme aşamasında istedik katkıyı vermemelerinin sezaryen oranlarında artışa neden olduğunu saptamıştır. Singapurlu kadınların sezaryen ve vajinal doğumlarda tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada da vajinal ya da sezaryen doğumlarda oluşan komplikasyonlar hakkında kadınların bilgi düzeyi düşük bulunmuştur (Chong, Mongelli 2003).

Normal doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerle (müzik dinleme, hayal kurma) ağrı en aza indirilebilirse kadınlar normal vajinal doğumu tercih edeceklerdir görüşüne (ifade 2)(Tablo 10), ebelerin %97.6’sı, hekimlerin %80.6’sı kısmen ya da tamamen katılmaktadır. Bu ifade istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ )(Tablo 10). Doğumda kadının yaşayacağını düşündüğü en önemli sorun ağrı çekme ve bununla baş edememe korkusudur. Kadınlar korku nedeni ile sezaryen isteğinde bulunmaktadır (Saisto .et.al 2003). Güngör ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (2004), kadınları sezaryen doğuma yönlendiren kişisel nedenlerinin başında “normal doğumdan korkma” yer almaktadır. Hildingsson ve arkadaşlarının elektif sezaryen nedenlerine yönelik yapmış olduğu lojistik regresyon analizinde (2002), kadınlar doğum korkusu ve önceki olumsuz doğum deneyimi nedeni ile sezaryen operasyonunu tercih ettikleri saptanmıştır. Çivili tez çalışmasında (2005), Ryding (1993)’in araştırmasında

özellikle primipar kadınlarda doğum ağrısına yönelik korkunun sezaryen isteğine neden olduğunu saptadığını ifade etmiştir. Kadın doğum sancısı sırasında kendini bilinçsiz şekilde kasacaktır. Bu gerginlik hiç ağrı olmasa bile insanlarda ağrı oluşturabilir. Buna korku-gerginlik-ağrı çemberi denilmektedir. Bu nedenle kadın hiçbir neden olmasa bile kendini kasabilir ve bunun sonucunda ağrı oluşabilir (Evrüke 2005). Günümüzde bireyin doğum eylemi sırasında ağrı çekmeme hakkı vardır ve bu durum tıpta yeni gelişmelere yol açmıştır. Farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin yanı sıra ilk olarak Read ağrının algılanmasının kişiye göre değiştiği ve korkunun ağrıyı arttırdığı ifade edilmiştir. Korkuyu dolayısı ile ağrıyı gidermek için Lamaze ve Bradley gebenin telkinle ikna edilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizlerine ilişkin yeni teoriler ortaya atmıştır. Lamaze'a göre hayal kurma ile gevşeme, odaklanma ve kompleks solunum şekillerinin uygulanması sonucu ağrı algısını azaltmak olasıdır (Zwelling 1996, Kömürcü, Gençalp 2002). Ayrıca sıcak-soğuk uygulamalar, masaj, çeşitli odaklanma yöntemleri (müzik dinleme, hayal kurma v.b) ağrı kontrolünde kullanılan yöntemlerdir (Nichols, Zwelling 1997). Ebelerin bakım verici rollerini, hekimlerin ise tedavi edici rollerini eğitim süreçlerinde ağırlıklı olarak almaları bu sonucu etkilemiş olabilir ([www.cumhuriyet.edu.tr](http://www.cumhuriyet.edu.tr)).

Hekim ve ebelerin kadınlara normal doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri sezaryen oranlarını azaltacaktır görüşüne (ifade 6)(Tablo 10), ebelerin %94'ü, hekimlerin ise %80.6'sı kısmen ya da tamamen katıldığını ifade etmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 10). Güngör ve arkadaşlarının yazılarında (2004), Gamble ve Creedy'nin (2001), kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenler arasında gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmalarının saptandığını ifade etmiştir. Doğum kadın için normal ve doğal bir olay olsa da bilgilendirilmemiş ve kendini doğuma hazır hissetmeyen bir kadın için basit değildir. Eğer kadınlar doğuma bilinçli hazırlanmazsa doğum hakkında bilinçsiz kişilerden öğrendikleri ile doğuma korku ile yaklaşacaklardır. Bilgilendirme ile elde edilen en büyük kazanç kadının doğum olayında bilinçli ve aktif olarak rol oynamasıdır. Bilgi, özgüven, gevşeyebilme, nefes alma teknikleri ve enerjisini koruyabilme sanatı gebe kadına



doğum eylemi sırasında bilinçli ve aktif rol oynama şansı verecek, kendisini ekibin bir parçası gibi hissetmesini sağlayacaktır. Doğum öncesi bilgilendirilen bir kadın ürkek, pasif ve ne olacağını bilmeden beklemek yerine doğum ekibi ile uyum içinde kendine düşen görevleri yapacaktır. Doğum sırasında anne, hekim, ebe ve doğum ekibi birbirini daha iyi tanır ve birbirlerine karşı güvenleri artar (Evrüke 2005). Normal doğum ise kadın/aile ve sağlık çalışanları arasındaki olumlu etkileşimin artmasını sağlar. Araştırmamıza katılan yaklaşık her üç hekim (%27.8) ve ebeden (%34.5) biri, normal doğum kadın ile sağlık çalışanları arasındaki olumlu etkileşimi artırdığı görüşüne (ifade 3)(Tablo 10) katılmamaktadır ( $p>0.05$ )(Tablo 10). Bu bulgu normal doğumun sağlık çalışanları tarafından, ekiple kadın arasındaki olumlu iletişim deneyimi için bir fırsat olarak görülmediğini düşündürebilir.

Hekim ve ebelerin doğum şekline ilişkin inançları yaptıkları doğumlara da yansıtacaktır görüşüne (ifade 4)(Tablo 10) araştırma kapsamındaki ebelerin %82.2'si, hekimlerin ise %75'i kısmen ya da tamamen katıldığını ifade etmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 10). Çalışmamızdan farklı olarak Kıran G ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (2005), hekim eğilimleri ile sezaryen endikasyonları arasında etkili bir sonuç elde edilmemiştir. Etik olarak hekim ve ebelerin kendi inanç ve değerlerini bakım ve tedavi uygulamalarına yansıtılmaları gerekir. Çalışmamızda bu ifadeye olan katılımın fazlalığı düşündürücüdür.

Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin alternatif doğum teknikleri (lamaze, suda vb.) konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir görüşüne (ifade 4)(Tablo 11), ebelerin %53.6'sı, hekimlerin yarıya yakını (%47.2) katılmadığını ifade etmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 11). Buna karşın alternatif doğum teknikleri (lamaze, suda vb.) kadınlara bir seçenek olarak sunulmuyor görüşüne (ifade 2)(Tablo 11) ebelerin %90.5'inin, hekimlerin ise %88.9'unun kısmen ya da tamamen katıldığını ifade etmesi dikkat çekici bir bulgudur ( $p>0.05$ )(Tablo 11). Araştırmamıza katılan hekim ve ebelerin yarıya yakınının alternatif doğum tekniklerini (lamaze, suda vb.) bilindiğini savunması, buna karşın araştırmamıza katılan her 4 kişiden 3'ünün bu tekniklerin kadınlara sunulmadığını ifade etmesi bize sağlık çalışanlarının eğitici ve danışmanlık rollerini etkili kullanmadıklarını

gösterebilir. Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin farmakolojik olmayan yöntemler (müzik dinleme, hayal kurma v.b) konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir görüşüne bakıldığında (ifade 5)(Tablo 11) ise ebelerin %63.1'i, hekimlerin %41.7'si bu görüşe katılmadığını ifade etmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 11). Yapılan bir çalışmada nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (müzik dinleme, hayal kurma v.b) hakkında eğitim ve hemşirelik/ebelik desteği alanların almayan annelere oranla doğum eylemine yönelik olumsuz duygusal tepkileri daha az bulunmuştur. Eğitim ve destek alan anneler olumsuz duygularla daha iyi başa çıkmışlar ve doğum ağrısının şiddetini daha düşük ifade etmişlerdir. Doğumhanede çalışan sağlık personelinin en önemli görevi; doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısı ile baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eylemini olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır. Bu nedenle doğum salonunda çalışan ekibin ağrı ile baş etmede, farmakolojik ve nonfarmakolojik (müzik dinleme, hayal kurma v.b) yöntemleri, etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olunması gerekmektedir (Yıldırım, Hatun 2003).

Sezaryenle yapılan doğum sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde hekimler tarafından tercih edilen bir doğum şeklidir görüşüne (ifade 8)(Tablo 10) ebelerin %54.8'i, hekimlerin %80.5'i kısmen ya da tamamen katıldığını ifade etmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (tablo 10). Bu durum hekimlerin sezaryen operasyonunu gerçekleştiren primer kişi olarak normal doğuma göre sezaryen operasyonunu daha kısa ve daha az zahmetli bulduklarını gösterebilir. Araştırmamıza katılan ebelerin yarıya yakınının bu görüşe katılmamasının nedeni, sezaryenin kendi sorumluluklarında olmaması ve sezaryen operasyonu sonrası hasta/kadın bakımının normal doğum sonrası bakıma oranla daha zor ve zaman alıcı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde hekimler için, doğum eyleminde hasta ile tüm gece kalmak yerine, 40 dakika süreli, programlanan bir operasyonla

doğumu sonlandırmanın daha kolay bir yol olarak görüldüğü vurgulanmaktadır (Spellacy 1991). Sezaryenin vajinal doğuma göre daha kısa sürede olması ve vajinal doğuma daha düşük ödeme yapılması sezaryeni hekimler için daha cazip kılmaktadır (Hopkins 2000, Kılıç 2004, Yıldız 2006). Bu nedenlerle sezaryen kararı verilirken bilinen endikasyonların yanı sıra, hekim ve ebelerin bu konuya etik olarak yaklaşımlarının sağlanması son derece önemli bir adım olacaktır (İğde 2004).

Endikasyon olmasa dahi sezaryen isteğinde bulunan bayanın/ailenin kararı uygulanmalıdır görüşüne (ifade 9)(Tablo 10), ebe ve hekimlerin %75'i kısmen ya da tamamen katıldığını ifade etmişlerdir ( $p>0.05$ )(Tablo 10). Gonen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, doğum uzmanların %40 ile %79 arasında değişen oranlarda tıbbi ihtiyaç olmadan sezaryen operasyonu talep eden kadınların taleplerini onayladığı belirlenmiştir. Naomi ve arkadaşları (1996), uzmanların sezaryen ameliyatı uygulayıp, gereksiz bir cerrahi müdahaleden sorumlu tutulmak istemediklerini ancak eğer hastalarının taleplerini ret ederlerse, normal doğumda doktora yardımcı olmayan, ortaya çıkan ve çıkabilecek komplikasyonlarda doktordan şikayetçi olan hastalarla ilgilenmek zorunda kalabileceklerini belirtmektedir. Son yıllarda dünyada, kadınların perinatal dönemde alacakları bakım ve tedavi konularında kararlara katılım ve seçim yapma haklarını destekleyen kadın-aile merkezli yaklaşımın benimsenmesi ile 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 hekimin öncelikle kadın ve ailesine ayrıntılı bir danışmanlık vermesi ve kadının tercih nedenlerini de dikkate alarak olumlu ve olumsuz yönleri ile birlikte sezaryen kararını tartışması önemlidir (Rabson 2001, Güngör ve ark.2004).

Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin normal doğum hakkında kendilerine yeteri kadar güvenmemelerinden kaynaklanabilir görüşüne (ifade 6)(Tablo 11), ebelerin %78.6'sı, hekimlerin ise %55.6'sı katılmadığını ifade etmişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

( $p < 0.05$ )(Tablo11). Bu bulgu ebelerin normal doğum yaptırmaya ilişkin kendilerine güvendiklerini ancak sezaryendeki artışın nedeni olarak başka durumları düşündüklerini gösterebilir. Hekimlerin ise yarıya yakınının (%44.4), sezaryendeki artış nedeni olarak normal doğumda kendilerine yeteri kadar güvenmediklerini belirtmeleri düşündürücüdür.

## **5. SONUÇLAR, ÖNERİLER**

### **5.1. SONUÇLAR**

Araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir;

Araştırmaya katılan hekim ve ebelerin büyük çoğunluğu 40 yaşın altında, evli ve çocuk sahibidir. Her iki meslek grubunun tamamına yakını kendi doğumlarını hastanede yapmıştır. Hekimlerin tamamı, ebelerin yarıya yakını kendi doğumlarında sezaryeni deneyimlemişlerdir.

Ebelerin tamamına yakını, hekimlerin ise çoğunluğu en sağlıklı doğum şekli olarak normal vajinal doğumu belirtmişlerdir ( $p<0.05$ ). Ebelerin yarısından fazlası, hekimlerin ise yarıya yakını normal vajinal doğum yapmalarına engel bir durum yokken doğum yapacak olsalar doğum şekli olarak normal vajinal doğumu seçmişlerdir ( $p>0.05$ ). Cinsiyet doğum tercihini etkilememiştir ( $p>0.05$ ). Sezaryen doğum deneyimleyen her üç kişiden biri bir sonraki doğumunda herhangi bir problem olmazsa vajinal doğumu tercih edeceği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Vajinal doğum deneyimleyen her yedi kişiden biri bir sonraki deneyimi için sezaryen tercih edeceğini belirtmiştir ( $p<0.05$ ). Hekim ve ebelerde sezaryenle doğumu tercih etme nedenleri arasında ilk sırada ağrı çekmek istememek ve korkmak duygusu yer almaktadır.

Ebelerin tamamına yakını, hekimlerin büyük çoğunluğu normal doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerle (müzik dinleme, hayal kurma vb.) ağrı en aza indirilirse kadınlar normal vajinal doğumu tercih edeceklerdir ifadesine kısmen yada tamamen katılmıştır ( $p<0.05$ ). Sezaryenle yapılan doğum sağlık ekibine daha fazla zaman kazandıracağı için günümüzde hekimler tarafından tercih edilen bir doğum şeklidir ifadesine, hekimlerin büyük çoğunluğu, ebelerin ise yarısından fazlası kısmen ya da tamamen katılmıştır ( $p<0.05$ ). Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin normal doğum hakkında kendilerine yeteri kadar güvenmemelerinde kaynaklanabilir ifadesine her beş ebeden biri katılırken, hekimlerin yarıya yakını katılmıştır ( $p<0.05$ ). Diğer olumlu ve olumsuz ifadeler de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

## 5.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda belirtilen öneriler getirilmiştir.

- Ebe ve hekimlerin elektif sezaryen hakkındaki görüşlerinin incelenmesi,
- Sezaryen deneyimi yaşayan ebe ve kadın hekimlerin sezaryen oranlarındaki artışa etkisinin incelenmesi,
- Ebe ve hekimlerin ağrı ile baş etme yöntemlerine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik (müzik dinleme, hayal kurma v.b) yöntemler konusunda bilgilendirmeleri,
- Normal vajinal doğum ve sezaryen ile doğumun olumlu ve olumsuz yönlerinin tüm boyutları ile öncelikle sağlık çalışanları arasında tartişılması,
- Sezaryenle doğumun endikasyonlarının, ülke çapında standart olarak tüm hastanelere verilmesi,
- Elektif sezaryen için hekim ve annenin/ailenin birlikte karar vermelerinin sağlanması,
- Endikasyonu olmayan sezaryenleri önlemeye yönelik yasal yaptırımların oluşturulması,
- Doğumlarda nonfarmakolojik yöntemlerle (müzik dinleme, hayal kurma v.b) ağrının azaltılması için ekibe yönelik bilgi ve donanımın sağlanması,

## **6.ÖZET**

### **DOĞUM ALANINDA ÇALIŞAN HEKİM ve EBELERİN DOĞUM ŞEKİLLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, hastanelerin doğum servislerinde çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla Ekim 2006-Kasım 2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma örneklemine Malatya İl Merkezinde bulunan 11 hastanede doğum hizmeti veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden 36 hekim ve 84 ebe alınmıştır. Veriler çalışmaya katılan hekim ve ebelerin tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik soru formu (Ek-2) ve doğum alanında çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine (vajinal-sezaryen) ilişkin görüşlerine yönelik soru formu (Ek-3) aracılığı ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde; Khi-kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre;

Araştırmaya katılan hekim ve ebelerin büyük çoğunluğu 40 yaşın altında, evli ve çocuk sahibidir. Her iki meslek gurubunun tamamına yakını kendi doğumlarını hastanede yapmıştır. Hekimlerin tamamı, ebelerin ise %48.7'si kendi doğumlarında sezaryeni deneyimlemişlerdir. Ebelerin %60.7'si, hekimlerin %41.7'si vajinal doğum yapılmasına engel bir durum olmaması durumunda elektif sezaryen doğumu seçmeyeceklerini belirtmişlerdir ( $p>0.05$ ). Daha önce sezaryen doğumu deneyimleyenlerden %34.1'inin, vajinal doğuma engel herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsalar vajinal doğumu seçecekleri belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ebelerin %92.9'u hekimlerin %77.8'i en sağlıklı doğum şeklinin vajinal doğum olduğunu belirtmiştir ( $p<0.05$ ). Ebelerin %54.8'inin hekimlerin ise %80.5'inin, sezaryenle yapılan doğumun sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı görüşüne tamamen ya da kısmen katıldığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ebelerin %97.6'sı, hekimlerin %80.6'sı normal doğumda farmakolojik

olmayan yöntemlerle (müzik dinleme, hayal kurma vb.) ağrı en aza indirilebilirse kadınlar normal vajinal doğumu tercih edeceklerdir ifadesine kısmen ya da tamamen katılmıştır ( $p<0.05$ ). Ebelerin %21.4'ü, hekimlerin ise %44.4'ü sezaryendeki artış hekim ve ebelerin normal doğum hakkında kendilerine yeteri kadar güvenmemelerinde kaynaklanabilir ifadesine tamamen ya da kısmen katılmıştır ( $p<0.05$ ). Elde edilen sonuçlara uygun öneriler getirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Ebe, Hekim, Sezaryen tercihi, Normal vajinal doğum tercihi

yesimebe@gmail.com



## **7.SUMMARY**

### **AN INVESTIGATION ON THE VIEW OF PHYSICIANS AND MIDWIVES WHO WORK AT MATERNITY HOSPITALS RELATED TO THE TYPES OF DELIVERY**

This descriptive study was conducted in 2006 October- 2006 November among the physicians and midwives who work in the delivery clinics of hospitals and it aimed to research the opinions of staff about delivery types.

In the sample of this study 36 physicians and 84 midwives in 11 hospitals in the City Center of Malatya province willingly participated in the study. Data concerning the features of physicians and midwives were gathered through a physicians (Appendix-2) and their opinions about delivery type (vaginal or caesarean) were collected through another questionnaire (Appendix-3). Statistical analyses were done by Chi-square and Fisher's Exact test.

The results suggest that; majority of staff involved in the study are below the age of 40, married and have children. Both physicians and midwives had their childbearing at hospitals. All physicians, and 48.7% of the midwives had caesarean experience. 60.7% of the midwives and 41.7% physicians stated that they would not rather have elective caesarean birth if not necessary ( $p>0.05$ ). Among the ones who previously experienced caesarean birth 34.1% indicated that they would prefer vaginal birth if there weren't any exceptional situations ( $p<0.05$ ). 92.9% of the midwives and 77.8% of the physicians indicated that the most healthy delivery type was vaginal birth ( $P<0.05$ ). Midwives 54.8% and physicians 80.5% and the idea strongly or partly that caesarean birth gained time for the staff ( $p<0.05$ ). Midwives 97.6% and physicians 80.6% strongly or partly agreed with the statement that women would prefer vaginal birth if their labour pain could be curtailed by non-pharmaceutical methods (listening to music, dreaming etc.) ( $p<0.05$ ). 21.4% of the midwives and 44.4% of the physicians

again, strongly or partly agreed with the statement that the increase in caesarean birth was because of the distrust of staff concerning the vaginal birth ( $p < 0.05$ ). Appropriate suggestions were made according to the result gained in the study.

**Key words:** midwife, physician, caesarean preference, vaginal birth preference.

yesimebe@gmail.com

## **KAYNAKLAR**

- 1.Akgül A, Çevik O(2005)İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS’te İşletme Yönetimi Uygulamaları, Emek Ofset, Ankara, s:27-44,135-140,274-280.
- 2.Aksakoğlu G(2005)Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, Sayım Değerlerinin Karşılaştırılması, İzmir, s:230-255.
- 3.Al-Nobani A.(1993)Sectio Ceaserea Vakalarının Artış Nedenleri ve Endikasyonlarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- 4.Arısan K(1980)Doğuma Yardımın Dünü, Bugünü ve Bizde Ev-Saray Doğumları İle İlgili Gelenekler, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 43, s:85.
- 5.Arısan K(1985) Doğum Bilgisi, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, s:208-224.
- 6.Arslan, Demirci, Doğan ve ark(2003) Sezaryen Doğumların Seçiminde Etkili Olan Faktörler, 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, s:247.
7. Ataç A, Güven T, Gülsoy R(2004) Sezaryen Reddine Etik Açısından Bakış, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 12, s:270-273.
- 8.Atan, Şirin, Sevil ve ark(2005)Gebelerin İsteği ile Yapılan Sezaryen Doğumlara Global Bir Bakış,4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, s:199.
- 9.Bayhan, Yalınkaya, Yayla ve ark (2000) Kliniğimizde 1995-1999 Yılları Arasında Yapılan Sezaryenlerin ve Sezaryen Esnasında Yapılan Diğer Operasyonların Değerlendirilmesi, Klinik Bilimler ve Doktor 6(2),249.

- 10.**Beck WW(1993) Kadın Doğum, Asena U(Çev. Ed.), 2. Baskı, Karınca Matbaası, İzmir, s:177-183.
- 11.**Beksaç MS: Demir N, Koç A(2001)Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloj, Kozan Ofset, İstanbul, s:1322-1330.
- 12.**Boran, Turker, Ekiz ve ark(1999)Sezaryen Oranları, Bizde ne durumda? İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 3(3),170-173.
- 13.**Champman L(1992)Expectant Fathers Roles During Labor and Birth JOGNN (21), 2, March-April.
- 14.**Chattopadhyay, Sengupta, Edrees et.al.(1987) Cesarean section, changing patterns in Saudi Arabia, International Journal of Gynecology & Obstetrics, 25:5(387-394).
- 15.**Chong E.S.Y, Mongelli M (2003) Social issues in reproductive health Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries: International Journal of Gynecology and Obstetrics 80,189–194.
- 16.**Cunningham, Gant, Leveno et.al.(2001) Cesarean section and postpartum hysterectomy In, Williams Obstetrics: p,537-65.
- 17.**Çalışkan, Bodur, Ciğerli ve ark(2005)Gebe Kadınlara Hizmet Veren Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli ve Kontrasepsiyon Tercihlerinin Analizi, 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, s:290.
- 18.** Çetin A(2006) Doğurmanın Yeni Adı Sezaryen, <http://www.habernet.net>. (16 Ekim 2006 13.43.57)

**19.**Çivili D(2005)Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, T.C Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

**20.**De Cherney AH, Nathan L.(2003) Cesarean Section In, Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, p,518-29.

**21.**Demircioğlu G(2006)Şehirli Kadınların Tercihi Sezaryenle Doğum, <http://www.thehealthnews.org/tr/news/06/04/28/KADIN.html>(23 Mart 2007 01,31,55 GMT).

**22.**Demirhan, Oğuz, Elçioğlu ve ark(2001)Klinik Etik, Klinik Uygulamalarda Etik Sorunlar, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

**23.**Devenda K, Arulkumara S(2003) Should Doctors Perform an Elective Caserean Section on Request, Amerikan Academy Medical Singapore, 32(5),557-582.

**24.**Dietz HP, Peek MJ(2004)Will there ever be an end to the cesarean section rate debate? Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 44, 103-106.

**25.**Disney JA(1998) The Context of Women's Childbirth Decisions Regarding Vaginal Birth After Cesarean Section The University of Arizona.

**26.**Dölen İ, Çalışkan E(2003)Bir Kez Sezaryen Her Zaman Sezaryen Doğumu Gerektir mi? Uzmanlık Eğitimi Dergisi, 2(3),101-105.

**27.**Edwards NJ, Davis G(2001)Elective Caesarean Section, The Patient's Choice? Obtet Gynecol, 21(2), p,128

- 28.**Ergöçmen BA, Coşkun Y. (2003)Doğum Özellikleri. Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım, TNSA.
- 29.**Erdoğan E,Yılmaz D,Şirin A(1991)Sezaryanla Doğum Yapan Annelerin Ameliyata Yönelik Gereksinimlerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7(1),19-21.
- 30.**Evrüke C(2005)Antenatal (Doğum Öncesi) Doğum ve Emzirme Eğitimi, 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, s:148-150.
- 31.**Flamm, Newman, Thomas et.al(1990) Vaginal Birth After Cesarean Delivery, Results of a 5year Multicenter Collaborative Study, Obstetrics & Gynecology, 76(5),751-755.
- 32.**Florica M, Stephansson O, Nordström L(2006)Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital , International Journal of Gynecology & Obstetrics, 92:2(181-185)
- 33.**Gamble JA, Creedy D.K(2001)Women's preference for a cesarean section- incidence and associated faktors: Birth, 28(2),101-110.
- 34.**Gilstrap LC, Cunningham FG, Vandorsten PJ(2002)Cesarean Delivery In, Operative Obstetrics 2nd Ed Appleton and Lange, p,257-273.
- 35.**Gonen R, Tamir A, Degani S(2002) Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery, Obstetrics & Gynecology, 99:4(577-580)
- 36.**Gorrie T, McKinney E.S: Murray S.S(1998)Foundations of Maternal-Newborn Nursing, Second Edition, Philadelphia, W.B.Saunders Company, p,356-470.

**37.**Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcıvan N.Ö.(2004)Sezeryan Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar, İ.Ü Florence Nıghtingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, Cilt XIII, Sayı,53.

**38.**Hale RW, Danforth DN(1994)Operatif Doğum, In Pernoll ML (Ed.), Orhaner S (Çev. Ed.) Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Sistem Yayıncılık, İstanbul, s:673-712.

**39.**Hatemi H(2000)Medical Etik, Yüce yayım, İstanbul.

**40.**Hildingsson, Radeston, Rubertsson et.al(2002) Few women wish to be delivered by caesarean section, An International Journal of Obstetrics & Gynecology, 109(6),618.

**41.**Hopkins K(2000)Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Cesarean? Social Science & Medicine,51(5), p,725-740.

**42.**İğde A.A.F(2004)Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum, Sted 13(4),137-139.

**43.**İnanç N(1990)"Mutlu Doğuma Yardım" Çerçevesinde Gebe, Doğum Yapmakta Olan ve Doğum Yapmış Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi, Türk Hemşireler Dergisi,Cilt,39,Sayı,3,s:37-42.

**44.**Kahveci B(2007) [http://www.avrupasafak.com/branslar\\_anestezi.html](http://www.avrupasafak.com/branslar_anestezi.html). (27 Nisan 2007 20,12,58 GMT)

**45.**Kara F.Ş(2004)Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezeryan Doğumların Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. İstanbul.

**46.**Kero, Gissler, Gronlund et.al(2002)Mode of Delivery and Asthma.Is There a Connection?, *Pediatr Res*: 52, p,6-11.

**47.**Kılış G(2004) Yeni Bir Ücretlendirme Modeli, Performansa Dayalı Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılması, [http://www.istabip.org.tr/guncel2/g\\_kilic.asp](http://www.istabip.org.tr/guncel2/g_kilic.asp) (28 Şubat 2006 19,15,02 GMT).

**48.**Kıran, Güven, Ekerbiçer ve ark(2005)Tatil Dönemlerinde Hekimlerin Sezaryen Tercihlerine Etkisi,4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, s:279.

**49.**Konakçı S: Kılıç B(2002)Sezaryen İle Doğumlar Artıyor, *Sted* 11(8), s:286.

**50.**Korkmaz H.F(2004)Elektif Sezaryenlerde Genel Anestezi veya Kombine Spinal Epidural Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

**51.**Koufmann T, Liu D(2001)Should cesareans be performed only on the basis of medical need? *Nursing Times*: 20-26, 97(38),17.

**52.**Kömürcü N, Gençalp N.S(2002)Geçmişten Günümüze Doğuma Yardım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt,5, Sayı 1, s:78-80.



- 53.**Lallo, Perucci, Bertollini et.al.(1996) Cesarean Section Rates by Type of Maternity Unit and Level of Obstetric Care, An Area-Based Study in Central Italy. Preventive Medicine , 25:2(178-185)
- 54.**Levine, Ghai, Barton et.al.(2001)Mode of Delivery and Respiratory Diseases in Nemborns: Obstet Gynecol, 97, p,439-442.
- 55.**Lowdermilk D.L, Perry S.E, Bobak I.M(2000) Maternity and Women's Health Care, Assesment and Care During the Postpartum Period, Missouri, Mosby, p,590-621.
- 56.**Martin L ve ark(1994)Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis ve Tedavisi, İstanbul, s:695-706.
- 57.**Matthews: Crowley, Chong et.al(2003) Rising caesarean section rates: A cause for concern? BJOG,110,346–9.
- 58.**McFarlin L.B(2004)Elektive Cesarean Birth, Issues and Ethics of an Informed Decision, Journal of Midwifery & Women' Health, 49:5(421-429)
- 59.**McGurgan P, Coulter-Smith S: O'Donovan PJ(2001) A national confidential survey of obstetrician's personel preferences rearding mode of delivery, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 97, 17-9.
- 60.**Mutlu H(2006)Doğum, <http://www.SanalKlinik.net>. (19 Mayıs 2007 17,35,26 GMT)
- 61.**Naomi E, Nada L(1996) When your patient demands a cesarean delivery, Primary Care Update for OB/GYNS, 3:2(65-68)

**62.**Nebili N, Yiğitoğlu S(2000)Sezaryen Olan Kadınların Duygu, Düşünce, Bilgi Gereksinimleri ve Hemşirelerden Beklentileri, T.C Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Lisans Bitirme Tezi, Sivas.

**63.**Nichols FH, Zwelling E(1997)Maternal Newborn Nursing Theory and Practice. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

**64.**Önderoğlu, Deren, Ayhan ve ark (1999)Vajinal Doğum mu? Sezaryen mi? Hacettepe Tıp Dergisi,30(1),61-65.

**65.**Özgünen F.T, Evrücke C(2001)Sezaryen, Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji, Ankara, s:1322-1330.

**66.**Petitti DB(1985) Maternal mortality and morbidity in cesarean section, Clin Obstet Gynecol, 28, 763–9.

**67.**Pillitteri A(1999)Maternal & Child Health Nursing, Lippincott Company, Philadelphia, p,525-545.

**68.**Rabson MS (2001)Can we reduce the caesarean section rate? Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology, 15(1),179-194.

**69.**Saisto T, Halmesmaki E(2003) Fear of Childbirth, A neglected dilemma, Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica, 82, 201-8.

**70.**Serçekuş P(2005)Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi, T.C Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

71.Shervan LN, Weingarten C.T(1995)Nursing Care Childbearing Family (The Cesarean Experience), Second Edition, London, p,613-633.

72.Schuitemaker, van Roosmalen, Dekker et.al(1997)Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand, 76, 332–4.

73.Scott, J Disaia, B.Hammond et.al( 1997)Danfort Obstetrics and Gynecology, Çeviren R Erez, İstanbul, Yüce Reklam Basım Dağıtım, s:163-174,565-575.

74.Sjogren B, Thomassen P(1997)Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand, 76, 948–52.

75.Spellacy WN(1991)Vajinal Birth After Cesaeran, A Reward Penalty System for National İmplementation, Obstetrics & Gynecology,78(2), p,316.

76.Sütlaş M(2003) Sezaryenle Doğum Artıyor, [http:// www.bianet.org/2003 /04 /09](http://www.bianet.org/2003/04/09) (8 Mayıs 2007 10,21,14 GMT).

77.Şenocak M(1998)Biyostatistik, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Rektörlük Yayını, İstanbul, s:154-161.

78.Şevket O(2005)Primer Sectio Caesarea Abdominalis Olgularında Per-Operatuar Servikal Dilatasyon İle Erken Uterin İnsizyon Stabilitesi Arasındaki İlişki, T.C Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi,İstanbul.

79.Tan 0(2001)Literatür, Sezaryen Yükseliyor, Cilt,34, s:137.

80.Taşkın L(2002)Doğum Eylemi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, V.baskı, Ankara, s:203.

**81.**Taşkın L(2002)Sosyal Faktörler ve Gebelik, Sistem Ofset Matbaacılık, V.baskı, Ankara, s:415.

**82.**Tatar, Günalp, Somunoğlu ve ark(2000)Women's perceptions of cesarean section, reflections from a Turkish teaching hospital, Social Science and Medicine.50(9),1227-1233.

**83.**Temel Z(1999) Sezaryen Doğum ve Hemşirelik Bakımı, T.C Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Lisans Bitirme Ödevi, Sivas.

**84.**Thompson, Roberts: Currie et.al(2002)Prevalence and persistence of health problems after childbirth, associations with parity and method of birth, Birth, 29(2), 83-94.

**85.**Wright, Alison, Nigel et.al.(2001) A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 97, 23-25.

**86.**Yıldızoğlu İ.O, Babadağlı B.D(2003)Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Sezaryen ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma (SSVD) İlişkin Bilgileri, 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, s:206.

**87.**Yıldız Ç.N(2006) Yanlış Bilgi Sezaryene Yöneliyor, <http://www.bsm.gov.tr/aktuel> (18 Mart 2007 03,07,03 GMT ).

**88.**Yıldırım G, Hatun Ş.N(2003)Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt/7, Sayı 1, s:14-20.

**89.**Yılmaz Ş(2002)Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yenidoğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar, T.C Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

**90.**Zwelling E(1996)Childbirth Education in the 1990's and Beyond JOGNN(25), 5, June.

**91.**\_\_\_\_\_ (2005)Hangi Doğum Daha Sağlıklı, <http://www.ntvmsnbc.com/news> (16 Mayıs 2007 07,03,17 GMT).

**92.**[www.cumhuriyet.edu.tr/akademik/yo\\_saglik/index.htm](http://www.cumhuriyet.edu.tr/akademik/yo_saglik/index.htm)

# **EKLER**

**EK-1**

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

**MALATYA İL MERKEZİNDE BULUNAN HASTANELERDEKİ  
DOĞUM ALANINDA ÇALIŞAN HEKİM VE EBELERİN  
DOĞUM ŞEKİLLERİNE İLİŞKİN  
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Normal vajinal doğum ve sezaryen olmak üzere iki tip doğum şekli vardır. Doğum eylemi, son mestural periyottan kırk hafta sonra, konsepsiyon ürünü olan fetus ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, tek ve canlı bir fetusun sağlıklı bir anneden, beklenen tarihte, kendiliğinden, verteks pozisyonunda, baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan, vajinal yola doğması ile gerçekleşir. Sezaryen doğum ise fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanabilir.

**Malatya İl merkezindeki hastanelerin doğum servislerinde çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla planladığımız bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bugünün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginize teşekkür ederiz**

---

**YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK SORU FORMUNU  
DOLDURMAYI  
KABUL EDİYORUM**

---

**TARİH**

**AD-SOYAD**

**İMZA**

**EK-2**

**HEKİM ve EBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK SORU FORMU**

Anket No:

Tarih:

1.Çalıştığınız kurumun adı:

2.Yaşınız:

3. Mesleki öğrenim durumunuz:

- |                                    |                  |
|------------------------------------|------------------|
| a) Sağlık meslek lisesi mezunu ebe | d)Asistan doktor |
| b) Ön lisans mezunu ebe            | e)Uzman doktor   |
| c) Lisans mezunu ebe               | f)Diğer.....     |

4. Cinsiyetiniz:

- |          |          |
|----------|----------|
| a) Bayan | b) Erkek |
|----------|----------|

5. Medeni durumunuz:

- |         |                          |
|---------|--------------------------|
| a) Evli | b)Bekar (EK-3'e geçiniz) |
|---------|--------------------------|

6. Çocuğunuz/çocuklarınız var mı?

- |         |                          |
|---------|--------------------------|
| a) Evet | b) Hayır(EK-3'e geçiniz) |
|---------|--------------------------|

7. Doğumlarınızı/Eşinizin doğumlarını yaptırdığı yer - Şekli(vajinal doğum/sezaryen) (Sırasıyla yazınız.)

8 Bu doğum şeklini seçme nedenleriniz nedir? (Sırasıyla yazınız.)



**EK-3**

**DOĞUM ALANINDA ÇALIŞAN HEKİM VE EBELERİN DOĞUM  
ŞEKİLLERİNE (VAJİNAL-SEZARYEN) İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNE  
YÖNELİK SORU FORMU**

Anket No:

Tarih:

**1.** Vajinal doğum yapmanıza engel olan herhangi bir durum yokken şimdi doğum yapacak olsanız hangi doğum şeklini tercih edersiniz?( Baylar için: Siz kadın olsaydınız şimdi doğum yapacak olsanız hangi doğum şeklini tercih edersiniz?)

a) Vajinal doğum

b) Sezaryen

Neden?

**2.** Sizce en sağlıklı doğum şekli nedir?

a) Vajinal doğum

b) Sezaryen

Neden?

**3.** Aşağıdaki verilen ifadelerden hangisini olurluyor iseniz parantez içine çarpı (x) işareti koyunuz.

	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kısmen Katılıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>
—Ailelerin doğum şeklini (sezaryen/vajinal) seçme özgürlükleri olmalıdır	( )	( )	( )
—Hekim ve ebeler kadınları normal doğumun avantaj ve dezavantajları hakkında yeterince bilgilendirmiyorlar	( )	( )	( )

- Normal doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerle müzik dinleme,hayal kurma v.b) ağrı en aza indirilebilirse kadınlar normal vajinal doğumu tercih edeceklerdir. ( ) ( ) ( )
- Normal doğum kadın ile sağlık çalışanları arasındaki olumlu etkileşimi artırır. ( ) ( ) ( )
- Hekim ve ebelerin doğum şekline ilişkin inançları yaptırdıkları doğumlara da yansiyacaktır ( ) ( ) ( )
- Doğum şekline kadının izlemine yapan ebe veya hekim karar vermelidir ( ) ( ) ( )
- Alternatif doğum teknikleri (lamaze, suda v.b) kadınlara bir seçenek olarak sunulmuyor ( ) ( ) ( )
- Hekim ve ebelerin kadınlara normal doğum hakkında bilgi verip desteklemeleri sezaryen oranlarını azaltacaktır ( ) ( ) ( )
- Ailelere sezaryen doğum şekli bir seçenek olarak sunulmalı. ( ) ( ) ( )
- Hekim ve ebeler kadınları sezaryen operasyonunun riskleri hakkında yeterince bilgilendirmiyorlar ( ) ( ) ( )

—Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin alternatif doğum teknikleri konusunda (lamaze, suda v.b) yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir. ( ) ( ) ( )

—Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin farmakolojik olmayan yöntemler (müzik dinleme, hayal kurma v.b) konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir. ( ) ( ) ( )

—Sezaryenle yapılan doğum sağlık ekibine daha fazla zaman kazandırdığı için günümüzde hekimler tarafından tercih edilen bir doğum şeklidir. ( ) ( ) ( )

—Endikasyon olmasa dahi sezaryen isteğinde bulunan bayanın/ailenin kararı uygulanmalıdır ( ) ( ) ( )

—Sezaryendeki artış hekim ve ebelerin normal doğum hakkında kendilerine yeteri kadar güvenmemelerinden kaynaklanabilir ( ) ( ) ( )

TEŞEKKÜRLER.....