



T.C
AFYON KOCATEPE
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

GAZİANTEP-NİZİP ZERDE GÜMLÜ AYŞE ÇAPAN SAĞLIK OCAĞI
BÖLGESİNDE YAŞAYAN NORMAL DOĞUM ve SEZARYEN İLE DOĞUM
YAPAN KADINLARIN, ERKEN POSTPARTUM DÖNEMDE BİR SONRAKİ
GEBELİK ve DOĞUM HAKKINDAKİ DUYGU ve DÜŞÜNCELERİ

FATMA ÖZKAR
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. MEHMET YILMAZER
TEZ NO: 2011-012
2011- AFYONKARAHİSAR

T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GAZİANTEP-NİZİP ZERDE GÜMLÜ AYŞE ÇAPAN SAĞLIK
OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN NORMAL DOĞUM ve
SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN KADINLARIN, ERKEN
POSTPARTUM DÖNEMDE BİR SONRAKİ GEBELİK ve
DOĞUM HAKKINDAKİ DUYGU ve DÜŞÜNCELERİ**

FATMA ÖZKAR

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. MEHMET YILMAZER
TEZ NO: 2011-012

2011- AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı

çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.05.2011

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye



Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye



Yrd. Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye



Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma ÖZKAR'ın "Gaziantep-Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Normal Doğum ve Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşünceleri" başlıklı tezi ..10.10612011..günü saat ..11.00..' da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail BAYRAM

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırma süresince bilgi ve önerilerinden yararlandığım tez danışmanım Sayın **Doç. Dr. Mehmet YILMAZER**' e, anket çalışmalarında bana yardımcı olan Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Ebeleri **Funda TUNÇER** ve **Müzeyyen GÜRDAL**' a, sürekli yanımda olup bana destek veren eşim **Mehmet ÖZKAR**' a TEŞEKKÜR EDERİM.

FATMA ÖZKAR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Şekiller	vii
1.GİRİŞ	1
1.1.Normal Doğum.....	1
1.1.1. Doğum Eylemi İçin Gerekli Faktörler	1
1.1.2.Doğum eyleminin Fazları.....	8
1.1.3.Normal Doğumda Basın Esas Hareketleri	10
1.1.4.Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri.....	14
1.2. Sezaryen Doğum	15
1.2.1. Sezaryen Tarihçesi	15
1.2.2. Sezaryen Doğumun Endikasyonları.....	17
1.2.3. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları	19
1.2.4. Sezaryen İnsidansı.....	19
1.2.5. Maternal Mortalite	20
1.2.6. Perinatal Mortalite.....	20
1.3 Postpartum Komplikasyonlar.....	21
1.3.1. Postpartum Kanama	21
1.3.2. Uterus Atonisi	21
1.3.3 Doğum Yolu Yaralanmaları	22
1.3.4. Plasenta Ayrılma Ve Atılma Bozuklukları	23
1.3.5. Uterus Rupturu	24
1.3.6. Uterin İnversiyon	25
1.3.7. Pelvik Hematomlar.....	25
1.3.8. Koagulasyon Sistemindeki Anormallikler	25
1.3.9. Distosi (Zor Doğum).....	26
1.3.10. Kordon Dolanması	26
1.3.11. Postpartum Ateş	27
1.3.12. Pelvik Enfeksiyonlar	28
1.3.13. Amniyon Sıvı Embolisi.....	31

1.3.14. Uriner Sistem Enfeksiyonları	31
1.3.15. Anesteziye Bağlı Komplikasyonlar	32
1.3.16. Cerrahi Komplikasyonlar	32
1.3.17. Pelvik Taban Bozuklukları	33
1.4. Doğum Sonu Dönem	35
1.4.1. Puerperium Fizyolojisi	35
1.4.2. İnvolusyon Süreci	35
1.4.2.1. Uterus İnvolusyonu	35
1.4.2.2. Endometrium Rejenerasyonu	36
1.4.2.3. Serviks	37
1.4.2.4. Vulva ve Vajina	37
1.4.2.5. Perine	37
1.4.2.6. Göğüsler	37
1.4.2.7. Üriner Sistem	38
1.4.2.8. Gastrointestinal Sistem	38
1.4.2.9. Kardiovasküler Sistem	38
1.4.2.10. Psikolojik Değişiklikler	38
1.4.3. Loşia ve Karakterleri	39
1.5. Doğum Sonu Döneme Uyum	40
1.5.1. Postpartum Hüzün	41
1.5.2. Normal Doğumun Olumlu ve Olumsuz Yönleri	42
1.5.3. Sezaryen ile Doğumun Olumlu ve Olumsuz Yönleri	43
2. GEREÇ VE YÖNTEM	44
2.1. Araştırmanın Türü	44
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	44
2.3. Araştırma Örneklemi	44
2.4. Veri Toplama Yöntemi	44
2.5. Veri Toplama Aracı	45
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi	45
3. BULGULAR	46
<u>3.3. Karşılaştırmalar ve hipotez testleri</u>	<u>53</u>
3.3.1 Öğrenim Düzeyi İle Tercih Edilen Doğum Yönteminin Karşılaştırılması ...	53

3.3.2 Yaş İle Tercih Edilen Doğum Yönteminin Karşılaştırılması.....	53
3.3.3 Gebelikte Problem Yaşayıp Yaşamama İle Tercih Edilen Doğum Yönteminin Karşılaştırılması	54
3.3.4 Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Normal Doğuma İlişkin Düşüncelerin Karşılaştırılması	55
3.3.5 Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Sezeryan Doğuma İlişkin Düşüncelerin Karşılaştırılması	56
3.3.6 Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Doğum Tercihinin Kim Tarafından Yapıldığıının Karşılaştırılması	57
3.3.7 Bir Önceki Gebelikte Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Bir Sonraki Gebelikte Aynı Yöntemi Kullanmayı İstemenin Karşılaştırılması	58
3.3.8 Önceki Gebelikte Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Doğum Sonrası Sürece İlişkin Düşüncelerin Karşılaştırılması.....	59
3.3.9 Önceki Gebelikte Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Tekrar Gebe Kalmayı İsteyip İstememenin Karşılaştırılması.....	60
4.TARTIŞMA	61
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	65
ÖZET.....	67
SUMMARY	68
KAYNAKLAR	69
EKLER.....	74

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 2.1. Doğum mekanizmasının şematik açıklaması.....	13
Şekil 2.2 Gebelik Öncesi Serviks -Doğum Sonrası Serviks.....	37

TABLOLAR

Sayfa

Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans tabloları.....	46
Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans tabloları (devamı)	47
Tablo 3.2. Katılımcı eşlerinin özellikleri ve aile durumu ilişkin frekans tablosu	48
Tablo 3.3. Katılımcıların son gebeliğine ve doğumuna ait özelliklerine ilişkin frekans tablosu	49
Tablo 3.3. Katılımcıların son gebeliğine ve doğumuna ait özelliklerine ilişkin frekans tablosu (devamı)	50
Tablo 3.4. Katılımcıların normal doğum ve sezaryen ile doğum hakkındaki düşüncelerine ilişkin frekans tablosu	51
Tablo 3.5. Katılımcıların bir sonraki gebelik ve doğum hakkındaki düşüncelerine ilişkin frekans tablosu	52
Tablo 3.6. Yaş ve Doğum şekli Çapraz tablosu	53
Tablo 3.7. Gebelikte problem ve Doğum şekli Çapraz tablosu.....	54
Tablo 3.8. Doğum şekli ve Normal doğum düşüncesi Çapraz tablosu	55
Tablo 3.9. Doğum şekli ve Sezeryan doğum düşüncesi Çapraz tablosu	56
Tablo 3.10. Doğum tercihi kime ait ve Doğum şekli Çapraz tablosu	57
Tablo 3.11 Doğum şekli ve Tekrar aynı yöntemi kullanmayı ister misiniz Çapraz tablosu	58
Tablo 3.12 Doğum şekli ve Doğum sonrası kendinizi nasıl hissettiniz Çapraz tablosu	59
Tablo 3.13. Doğum şekli ve Tekrar gebe kalmayı düşünüyor musunuz? Çapraz tablosu	60

1.GİRİŞ

1.1.Normal Doğum

Doğum eylemi, düzenli gelip giden rahatsız edici sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik süreçtir. Serviksin bu incelmesi ve genişlemesi, fetusun uterustan, doğum kanalı yolu ile doğmasına izin verir (Zlatnik F. ,1997).

İnsanlarda gebeliğin süresi döllenmeden itibaren 266 gün veya düzenli adet gören 28 günlük sikluslu kadınlarda, son adetinin ilk gününden hesaplandığında 280 gün veya 40 haftadır (Zlatnik F. ,1997).

1.1.1. Doğum Eylemi İçin Gerekli Faktörler

- Doğum kanalı
- Doğum objesi
- Doğum eylemindeki güçler
- Annenin psikolojisi (Kadayıfçı O. Ve ark. ,1996, Russell P. Biswas K. ,1994, Taşkın L. ,2003)

1) Doğum Kanalı

- Kemik Pelvis

Kemik pelvis linea terminalis denen hayali bir çizgiyle ikiye ayrılır. Üstte kalan kısma büyük pelvis veya yalancı pelvis, altta kalan kısma küçük pelvis ya da hakiki pelvis denir. Doğum için küçük pelvis önemlidir (Taşkın L. ,1995). Küçük pelvis, yanlarda iskium arkada sakrum ve koksiks, önde pubis ile çevrilidir. Küçük pelvis, pelvik girim, orta pelvis, pelvik çıkım olmak üzere üç kısma ayrılır (Russell P, Biswas K ,1994).

a)Pelvik Girim

Pelvis giriminin dört kuturu vardır. ön-arka kutur, transvers kutur, iki tane oblik kutur. Ön-arka kutur promontoryum ortasından simfisis pubis üst ucuna kadar uzanır. Bu kutrun değişik noktalardan ölçülmesiyle 3 tane konjugata elde edilir. Bunlar konjugata vera, konjugata obstetrika ve konjugata diagonalisdir (Ersoy İ, 2000, Taşkın L, 1995).

Konjugata vera, promontoryumdan simfisis pubisin üst kenarına kadar uzanan mesafedir ve 11,5 cm'dir (Russell P, Biswas K 1994, Zlatnik F, 1997).

Konjugata obstetrika, promontoryumdan simfisis pubis ortasına kadar uzanır ve 11 cm'dir (Taşkın L, 1995).

Konjugata diagonalis, promontoryumdan simfisis pubisin alt ucuna kadar uzanır ve 12,5 cm'dir (Taşkın L, 1995). Pelvisin dıştan ölçülen tek iç kutru diagonal konjugatadır. Obstetrik konjugatanın uzunluğu diagonal konjugatanın uzunluğundan tahmin edilir. Vajinal muayenede muayene eden elin orta parmağıyla sakral çıkıntıya ulaşmaya gayret edilir. Serbest elin işaret parmağı, pubis simfisisin alt kenarının muayene eden elin işaret parmağının metakarpofarenjial eklemine yakın yerleşme noktasını belirler. Diagonal konjugata olan bu ölçüm, genellikle obstetrik konjugatı 1,5-2 cm kadar geçer. Diagonal konjugata çoğu doktorun parmağından uzundur. Bu nedenle vajinal muayenede sakral promontuara ulaşırsa, pelvis giriminin antero-posterior çapının yeterliliğinden şüphe edilir (Russell P, Biswas K 1994 , Zlatnik F, 1997).

b)Orta Pelvis

Pelvis kavitesi, üstte pelvis girimi, altta pelvis çıkımı ve etrafında da pelvis duvarları olan bölgedir. Pelvis kavitesinin en dar kutru olan iskiyal spinalar arasındaki kutur pelvisin en dar kutrudur. Normalde uzunluğu 10,5-11 cm'dir. Vajinal muayenede iskiyal spinalar belirgin olarak hissedilirse orta pelviste bir darlıktan şüphe

edilir. İskial spinalar, fetus basının ilerlemesini izlemek için kullanılır (Taşkın L, 1995).

c) Pelvik Çıkım

Önde subpubik kemer, lateralde iskiyal tuberositler ve arkada sakrumun ucu ile sınırlıdır (Russell P, Biswas K, 1994).

Ön-arka kutur, simfisis pubisin alt ucundan sakrumun ucuna kadar uzanır 9,5 cm'dir. Çıkımın en uzun kutrudur (Taşkın L, 1995).

Transvers kutur, iskiyal tuberositler arasındaki mesafedir 11 cm'dir. Bu kutur çıkımın en dar kutru olduğundan normalin altındaki ölçüler tehlikelidir (Taşkın L, 1995).

Posterior sagittal kutur, iskiyal tuberositler arasındaki mesafenin ortası ile sakrumun ucu arasındaki kutura verilen addır 8-10 cm'dir. Çıkımdaki darlık aynı zamanda orta pelvisteki bir darlığa da işaret edeceğinden önemlidir (Taşkın L, 1995).

Pelvis Tipleri

Maternal pelvis tipi doğum eylemini etkilemektedir (Russell P, Biswas K, 1994). Pelvis tipleri girimin en geniş enine çapın arkasındaki kısmının biçimi değişkendir. Bu değişkenlik dört tip pelvisin ayırıcı özelliklerini oluşturur (Zlatnik F, 1997).

- **Jinekoid pelvis**; jinekoid pelvis doğum eylemini en iyi geçirendir (Russell P, Biswas K 1994, Taşkın L 1995, Zlatnik F 1997). Girim yuvarlak, ovaldir ve enine çap anteroposterior çaptan biraz fazladır. Girimin biçimini yansıtırmasına, enine çap ile sakral promontuar uzaklığı, enine çap ile pubis simfisisi uzaklığından biraz küçüktür. Düz yan duvarlar, çıkıntısı az olan iskiyal dikenler, eğik bir sakrum ve geniş pubis kemeri, fetusun geçişini kolaylaştıran özelliktedir. Diğer pelvis tiplerinin özellikleri bu kadar olumlu değildir (Zlatnik F, 1997).

- **Andropoid pelvis;** oval şeklindedir, iskiyal spinalar belirgindir özelliği anteroposterior çapının enine çaptan fazla oluşudur(Taşkın L, 1995). Fetal baş sıklıkla oksiput posterior angaje olur ve doğum bu şekilde gerçekleşir (Russell P, Biswas R, 1994, Taşkın L, 1995).
- **Android pelvis;** erkek tipi pelvistir, üçgene benzer. Pelvis kanalı huni şeklinde yukarıdan aşağı gittikçe daralır. Bu pelvis tipinde bebek başı posterior veya transvers yerleşir ve rotasyon yapamaz. Genellikle rotasyon ve çekme işlemi için forsepe ihtiyacı duyulur. Vajinal doğum güç olur (Taşkın L, 1995).
- **Platypelloid pelvis;** Kadın tipi pelvisin biraz daha transvers doğrultuda, elips şeklini almış halidir. Transvers kutru daha geniştir. Genellikle bu tip pelviste bebek sezaryenle doğurtulur (Taşkın L, 1995).

2) Doğum Objesi

Fetal baş boyutları termde vücuttan daha büyüktür ve doğumda en zor olan parçadır (Zlatnik F, 1997). Kafatasını 4 büyük yassı kemik meydana getirir. Bunlar:

- İki parietal
- Bir frontal
- Bir oksipital
- İki temporal kemiktir (Taşkın L, 1995).

Kemik hudutlarındaki membranla kaplı olan aralıklara suture, suturların birleştiği köşelere de fontanel adı verilir. Kafa kemikleri bu suture ve fontaneler sayesinde doğum kanalından geçerken birbiri üzerine gelerek şekil değiştirebilir. Böylece doğum kanalı ile doğum objesi arasında uyum sağlanmış olur. Aynı zamanda bu suture ve fontanelerin doğum izlenmesinde de rolü vardır (Taşkın L, 1995).

Fetal başta bulunan önemli suturelar:

Sagittal suture; iki parietal kemik arasında yer alır.

Koronal suture; parietal ve frontal kemikler arasında yer alır.

Lomboidal suture; parietal kemikler ile oksiput kemiği arasında yer alır.

Frontal stur; iki frontal kemik arasında yer alır. Sagital sturun devamıdır (Ersoy İ, 2000, Taşıkın L, 1995).

Sturların birleşmesi ile meydana gelen fontaneler iki tanedir. Büyük fontanel frontal, sagital ve koronal sturların birleşmesi ile meydana gelir. Küçük fontanel ya da arka fontanel sagital ve lomboidal sturların birleşmesi ile meydana gelir. Her iki fontanelden de klinik olarak anne pelvisine göre, fetus başının pozisyonunun belirlenmesinde yararlanır.

Fetal baş doğum mekanizması yönünden bazı bölgelere ayrılır.

Sinsiput; frontal kemiğin üstünde büyük fontanelin önünde kalan kısımdır.

Bregma; elmas şeklindeki ön fontaneldir.

Vertex; ön ve arka fontaneler arasında kalan kısımdır.

Oksiput; küçük fontanelin arkasında, oksiput kemiğin üstünde kalan kısımdır.

Posterior fontanel; arka sturların birleştiği kısımdır.

Mentum; fetusun çenesi

Brow; alın (Coşkun A, Karanisoğlu H, 1997, Taşıkın L, 1995)

Fetal kafatasının kuturları

İki transvers kutru vardır;

Biparietal kutur; biparietal kemikler arasında bulunur ve 9,5 cm ile en uzun transvers kuturdur.

Bitemporal kutur; temporal kemikler arasında ve 8 cm uzunluğundadır. Ön-arka kuturlar 4 tanedir.

Oksipito-frontal kutur; oksipital çıkıntı ile burun kökü arasındaki mesafedir ve 11 cm uzunluğundadır.

Suboksipito-bregmatik kutur; oksipital kemiğin alt kısmı ile bregma arasındadır. 9,5 cm ile en dar ön-arka kuturudur.

Oksipito-mental kutur; oksiputun üst kısmından çeneye kadar olan mesafedir. 13,5 cm ile en uzun ön-arka kuturdur.

Submento-bregmatik kutur; alt çenenin boyun ile birleştiği yer ile bregma arasında uzanır 9,5cm'dir (Ersoy İ, 2000, Taşıkın L, 1995).

Fetal Prezantasyon, Pozisyon ve Duruş

Fetal prezantasyon, girim üzerinde yerleşen fetal parçadır. Fetusun pelvise giren vücut kısmına prezente olan veya gelen kısım adı verilir (Himmetoğlu Ö, Demirtürk F, 2003, Russell P, Biswas K, 1994.). Normal şartlarda %95 sefalik (vertex) prezantasyonu görülür. Makat prezantasyonu %4, yüz, omuz ve alın prezantasyonları daha az sıklıkta görülür (Himmetoğlu Ö, Demirtürk F, 2003).

Fetusun çeşitli vücut kısımlarının birbiri ile olan ilişkisine fetusun anne karnında duruşu denir. Genelde fetusun uterus içi karakteristik duruşu sırt kavisli, baş öne doğru eğik, çene göğse yakın, kollar göğsün önünde birleşmiş, üst bacak abdomene doğru flexionda ve dizler bükülüdür (Taşkın L, 1995).

Fetusun anne karnında duruşu ve pelvise giren kısmının tayininden sonra bebeğin gelen kısmının anne pelvisi ile olan ilişkisinin saptanması büyük önem taşır. Pozisyon deyimi, bebeğin prezente olan kısımlarından özel olarak seçilen bir noktanın, anne pelvisinin özel kısımlarıyla olan ilişkisini belirlemek için kullanılır. Bebeğin prezente olan kısımlarından özel olarak seçilen noktalar şunlardır; vertex prezantasyonunda oksiput, yüz prezantasyonlarında çene, makat prezantasyonlarında sakrum, omuz prezantasyonlarında ise skapula. Anne pelvisi ise anterior, transvers ve posterior sağda, anterior, transvers ve posterior solda olmak üzere altı özel parçaya ayrılır (Hildingsson I et al, 2002, Taşkın L, 1995).

Baş prezantasyonlarında bebeğin başı keskin bir flexion yapmışsa, prezente olan kısım vertex olacaktır. Bu durumda oksiput anne pelvisinin sol ön parçasında bulunuyorsa pozisyon left oksiput anterior (LOA) olarak adlandırılır. Eğer oksiput direk anne pelvisinin solunda ise left oksiput transvers (LOT) pozisyonundan bahsedilir. Eğer oksiput anne pelvisinin sol arkasında bulunuyorsa left oksiput posterior (LOP) pozisyonundan bahsedilir. Aynı pozisyonlar anne pelvisinin sağ parçaları içinde söz konusudur. Yüz ve makat gelişler için altı pozisyon söz konusudur ancak omuz gelişlerde dört pozisyon vardır. Sağ anterior ve posterior, sol

anterior ve posterior. Bu pozisyonlardan en sık görülen pozisyon LOA' dır (Taşkın L, 1995).

3) Doğum Eyleminde ki Güçler

Doğumu yaratan en önemli güç uterus kaslarının kontraksiyon ve retraksiyonudur (Coşkun A, Karanisoğlu H, 1997). Fizyolojik kas kontraksiyonları arasında yalnızca uterusunkiler ağırlıdır. Bundan dolayı birçok dilde bu tür kontraksiyonlara sancı denir (Quinlivan J et al, 1999). Sancının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli hipotezler öne sürülmektedir.

Bunlar :

- Kontrakte myometrium hipoksisi,
- Serviks ve aşağı uterusu sıkıca kenetlenmiş kas demetleri tarafından sinir ganglionlarının kompresyonu,
- Dilatasyon sırasında serviksin gerilmesi,
- Fundusu örten peritonun gerilmesi (Kadayıfçı O ve ark, 1996, Pritchard SA et al, 1989).

Aktif eylemin başlangıcındaki kasılmalarla uterusun zayıf rejional aktivitesi kaybolur. Kontraksiyonlar regüler, güçlü, iyi koordine olmuş 2-3 dakikada aralıklarla gelir. Başlangıçta kontraksiyonların intensitesi 20-30 mmHg' dır. Eylem ilerledikçe 50 mmHg' ya çıkar. Eylemin sonuna kadar kontraksiyonlar 100 mmHg' ya kadar çıkar ve kasılmalara çekilmeler eşlik eder (Russell P, Biswas K, 1994, Taşkın L, 1995). Uterus üst kısmının myometrium lifleri kısalır. Uterus duvarının üst kısmı kalınlaşır uterus alt segmentinin alanı genişler ve incilir. Eylemde serviks yukarı çekilir serviksin silinip genişlemesi (dilatasyon) kasılmakta olan uterusun serviks üzerindeki traksiyonudur. Bu durumda servikal bölüm, fetusun gelen kısmı üzerinde yukarı doğru çekilmekte olan incelmış aşağı uterus segmentinin alt kısmıdır (Zlatnik F, 1997).

Bu dönemde, güçlü valsalva, ıkınmalar ve uterus kasılmalarının gücünün artması, fetusun aşağı inmesini ve doğumun gerçekleşmesini sağlar (Prichard SA. et al, 1989, Taşkın L. ,1995, Zlatnik F. ,1997).

4)Psikolojik Faktörler

Eylem ve doğumda psikik faktörlerin rolü olduğunu gösteren belirgin örnekler mevcuttur (Kadayıfçı O. Ve ark, 1996). Gebelikte yüksek anksiyete düzeyi; fetal distres, kanama, uzamış ya da hızlı doğum eyleminde risk artısına neden olmaktadır (Russell P., Biswas K. ,1994, Taşkın L. ,1995). Bu nedenle ağrı sebebiyle eylemin kontrolü için annenin gebelik boyunca hazırlanması önemlidir. Bu da gebelik boyunca sürekli danışmanlık ve eğitim ile mümkündür(Taşkın L. ,1995).

1.1.2.Doğum eyleminin Fazları

Faz 0: Gebeliğin 36-38 haftalardan önceki normal durumudur. Bu dönemde uterus kontraksiyonları inhibe olur. Serviks serttir. Uterus kasılmayı uyaran maddelere karşı bir cevapsızlık durumu söz konusudur. Burada esas görevi yapan hormonun progesteron olduğuna inanılır(Gould JB. et al, 1989). Yanı sıra relaksin, prostasiklin, paratiraid hormon ile ilişkili peptid, nitrik oksid ve Corticotropin Relasing hormone (CRH) rol oynar(Çiçek MN. ve ark. ,2006).

Faz 1: Uterusun doğuma hazırlık dönemidir. Uterotropinler etkisi ile oluşan bu dönemde:

- Serviks olgunlaşır ve yumuşar,
- Uterus iritabilitesi artar, myometrium hücrelerinde hem oksitosin reseptörlerinin sayısı ve hem de gap junctionların sayısı artar,
- Uterusun uterotoninlere verdiği kontraktıl cevapta artış olur,
- Ağrısız uterus kasılmaları sıklaşır(Çiçek MN. ve ark. ,2006).

Faz 2: Aktif doğum eyleminde ve doğum için güçlü kasılmaların olduğu devredir. Bu dönemde uterotoninlerin (prostoglandin ve oksitosin) ve CRH tarafından uterus kasılmaları uyarılır(Çiçek MN. ve ark. ,2006),

- Güçlü ve ağrılı uterus kontraksiyonları olur,
- Servikte silinme açılma başlar,
- Fetus doğar.

Bu fazda kendi arasında üç döneme ayrılır:

1-Silinme ve Açılma Dönemi: Servikal kanalda silinmenin ve 1 cm' den 10 cm' ye kadar açılmanın olduğu devredir. Primigravidlerin 8-12 saat, mutiparlarda 6-8 saat sürer. Oniki saatten fazla ise ve iki saat boyunca açılma ilerlemiyorsa bir abnormalite söz konusudur(Çiçek MN. ve ark. ,2006).

2.Atılma (Expulsion) Dönemi: Fetusun doğum kanalında çıktığı devredir. Serviksin açılmasının tamamlanmasıyla başlar. Bebeğin doğum ile sona erer. Primigravidlerde 1-2 saat, mutiparlarda 1-2 dk ile ½ saat arasında sürer. İki saatten uzun olursa abnormal doğum gelişiyor demektir(Çiçek MN. ve ark. ,2006).

3.Halas (Kurtulma) Dönemi: Plasentanın atıldığı dönemdir. Bebek doğduğu andan itibaren başlar. Placenta ve fetal membranların doğumu ile sona erer. ½ -1 saatten uzun olmamalıdır(Çiçek MN. ve ark. ,2006).

Faz 3: Puerperal hemostazın ve uterus involusyonunun olduğu dönemdir.

Bu dönemde;

- Puerperal kanamayı önlemek için uterus kasılır,
- Laktasyon başlar ve emzirme olayı gerçekleşir,
- Uterus involusyonu olur,
- Bu dönemin sonunda fertilité geri döner. Bu dönemin düzenlenmesinde oksitosin ve endotelin-1 önemli görevler görürler (Gould JB. et al. ,1989).

1.1.3.Normal Doğumda Basın Esas Hareketleri

Termdeki fetusların doğumunda fetus doğum kanalının boşluklarından en iyi şekilde yararlanmalıdır. Bu amaçla da fetus doğum kanalından çıkarken 5 esas hareket yapar. Bunları şu şekilde özetleyebiliriz(Çiçek MN. ve ark. ,2006).

1-Angajman

Prezente olan kısmın en geniş çapı ile pelvis girimine girmesine angajman adı verilir. Fetus başının ilk kardinal hareketidir. Başın en geniş düzlemi olan suboksipito-bregmatik planı ile pelvis girimine girmesi durumunda angajman tamamlanmış olur. Bu durumda kılavuz nokta spina ischiadica'lar hizasına kadar yani 0 düzlemine inmiş olur. Klinik açıdan prezente olan kısmın 0 düzlemine kadar inmiş olması, prezente olan kısmın pelvise girdiğini ve orta pelvis ve pelvis çıkımında herhangi bir darlık yok ise vaginal doğumun mümkün olabileceğini gösterir. Spina ischiadicalar arasından geçen düzlemin 1,2,3 cm üzeri -1, -2, -3 olarak; 1,2,3 cm altı ise +1, +2, +3 olarak adlandırılır(Şekil-1).

Descensus

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

- Amniotik sıvının baskısı,
- Uterus fundusunun makat üzerine olan baskısı ve itme gücü
- Karın ön duvarını oluşturan adalelerin kasılması
- Fetus vücudunun gerilmesi

2-Fleksiyon

Baş pelvis girimini geçerken önce bir fleksiyon hareketi yapar. Çünkü başın ilerlemesine karşı doğum kanalının ve yumuşak kısımların yaptığı bir sürtünme direnci vardır. Kafa kaidesi, kolumna vertebralis üzerine oturmuş bir kaldıraç ya da manivela gibi düşünülebilir. Kaldıracın kısa kolu oksiput, uzun kolu ise yüz tarafındadır. Doğum yolunun başa karşı yaptığı direnç kaldıracın uzun kolu tarafında daha ağır bastığı için kafa bir fleksiyon hareketi yapar. Çene göğse dayanır. Levye kaidesi olarak da bilinen bu manevra sonunda baş suboksipito-bregmatik çapı ile pelvise girmiş olur(Şekil-1).

3-İç Rotasyon

Baş en geniş geçiş düzlemi olan suboksipitobregmatik-biparietal planı ile pelvis girimini geçtikten sonra desensusuna devam eder. Bu en geniş plan orta pelviste spina ischiadicalar arasından geçerken kemik pelvis ve huni şeklinde daralan musculus levator ani'nin sürtünme direncine uyarak iç rotasyon yapar. İç rotasyon, baş spina ischiadicalar arasındaki düzleme geldiğinde başlar. Bu esnada kılavuz nokta çıkımdadır (+2,+3). Suboksipitobregmatik-biparietal plan çıkıma ulaştığında iç rotasyon hareketi tamamlanmış olur. Bu rotasyon normalde 90 derecelik bir açı ile küçük fontanel öne gelecek şekilde olur. Yani oksiput transvers pozisyonda iken iç rotasyonun tamamlanması ile oksiput anterior pozisyona döner. Bu sırada omuzlar geniş olan transvers çaplarını pelvis giriminin transvers çapına prezente etmiş olur(Şekil-1).

4-Defleksiyon

Oksiput kemiği öne dönerek doğum kanalı çıkımına gelen baş sadece habitus değişikliği yaparak doğum kanalından çıkar. Selheim'e göre fetus vücudunun belirli bükülebilme kolaylıkları (Facillimum) ve bükülme zorlukları (difficillimum) vardır(22). Pelvis tabanına kadar bütün yol boyunca fleksiyon habitusunda bulunan

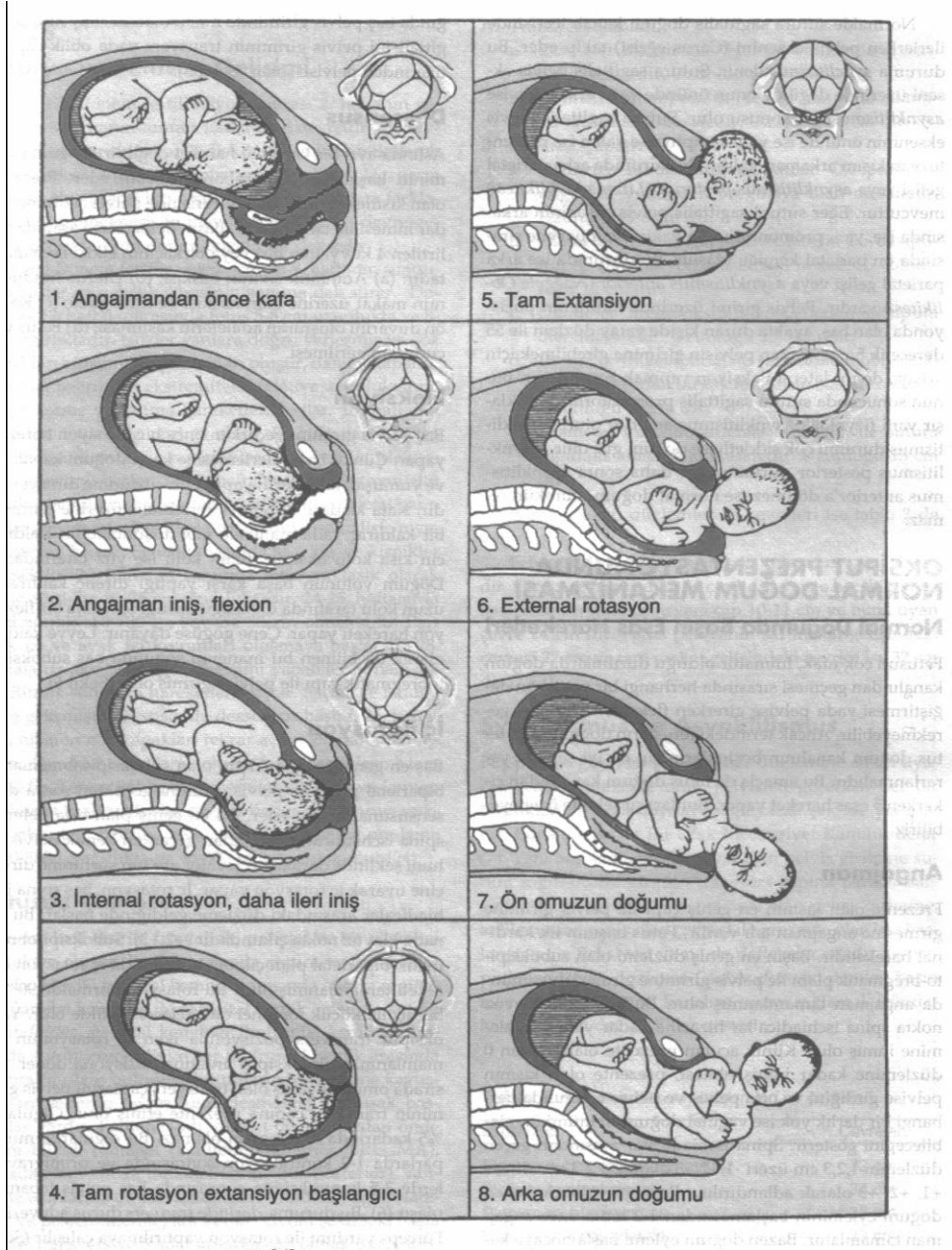
baş, ensedeki saçlı deri hududunu kalkış noktası olarak symphysis altına dayayarak defleksiyon yapar ve doğum kanalından çıkar(şekil-1).

5-Dış Rotasyon

Baş pelvis çıkıntısından çıktıktan sonra bir kez daha rotasyon yapar(şekil-1).

6-Ekspulsiyon

Başın doğumundan ve dış rotasyonunu yapmasından sonra gövdeye lateral fleksiyon yaptırılarak önce öndeki omuz symphysis altından ve daha sonra arka omuz sakrum boşluğundan doğar(şekil-1).



Şekil 2.1. Doğum mekanizmasının şematik açıklaması(Hildingsson I. et al. ,2002).

1.1.4. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri

1) **Hafifleme**; eylemin başlamasından birkaç hafta evvel başın hakiki pelvise girmesi ile fundus yüksekliği eski yerinden aşağı iner (Kadayıfçı O. ve ark. ,2004, Pritchard SA. et al. ,1989, Taşkın L. ,1995). Bu sürede uterus alt segmenti iyice belirmiş ve fetus başı pelvis boşluğuna yerleşir, amnion sıvısında azalır buna hafifleme denir (Pritchard SA. et al. ,1989).

2) **Nişane**; yaklaşan travay başlangıcının oldukça güvenilir belirtilerinin başında kanlı mukus oluşmuş bir akıntı görülmesi gelir. Rektal veya vajinal muayene yapılmaksızın çoğu kez doğum, bu olaydan 48 saat sonra gerçekleşir (Pritchard SA. et al. ,1989, Russell P., Biswas K. ,1994). Ancak mukusla birlikte fazla miktarda kan olması plasenta ile ilgili bir kanamayı düşündürür (Coşkun A., Karanisoğlu H. ,1997).

3) **Yalancı Tramvay**; gerçek ve erken doğum tramvayın başlamasından önce anne adayları yalancı doğum tramvayı adı verilen uterus kasılmalarını hisseder. Ancak bu kasılmalar gerçek doğum travayı kontraksiyonundan farklıdır, düzensizdir ve süreleri birbirinden çok farklıdır. Annede oluşan ağrı daha çok karnın alt ve kasık kısmında hissedilir, oysaki gerçek travayda kasılmalar önce fundusta başlar sonra uterus boyunca yayılır ve belin alt kısmına yayılım gösterir. Bu tür kasılmalar servikte incelmeye ve açılmaya neden olmaz. Doğum travayının yaklaştığının habercisidir. Çoğu kez kendiliğinden geçer ancak bazen hemen arkasından gerçek travay gelişir (Russell P., Biswas K. ,1994).

1.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen operasyonu, yaşayabilen bir fetusun, bir abdominal kesi ve bir uterus kesisinden doğurtulmasıdır. Sezaryen ve “sectio” sözcüklerinin bir arada kullanılmaması gerekir Ancak ikiside kesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle ”sezaryen doğumu“ deyişi daha anlamlıdır. Abdominal gebelik, uterus rüptürü cerrahisi veya düşük vakalarında yapılan histeretomi, bu deyişin tanımlama kapsamına girmez (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Prichard SA. et al. ,1989, Zlatnik F. ,1997).

1.2.1. Sezaryen Tarihçesi

Sezaryen kelimesinin orijini halen tartışmalıdır. Önceleri Julius Caesar’ın sezaryen ile doğduğu ve sezaryen isminin buradan geldiği düşünülmekte idi. Ancak, Julius Caesar’ ın annesi Aurelia’ nın Caesar Britanya’ yı fethettiğinde hayatta olduğunun bilinmesi bizi bu teoriden uzaklaştırmaktadır. Diğer bir teori de sezaryen kelimesinin Latince’ de kesmek anlamına gelen “Caedar” dan geldiğidir. Postmortem operasyonla doğan Çocuklara da “Caesones” denmekte olduğu bilinmektedir. Milattan önce birinci yüzyılın sonlarında” A caeso matris utero” kelimesinin “annenin rahminden çocuğun kesilip alınması” anlamında sezaryen için kullanıldığı başka kaynaklarda belirtilmiştir (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Prichard SA. et al. ,1989).

Sezaryen ile ilgili ilk yasa “Lex Regia” (M.Ö. 750) olarak bilinir ve ilerlemiş gebeliği olan bir kadının ölümü halinde bebeğin, annenin karnı yarılarak doğurtulmasını; eğer bebekte ölürse annesinden ayrı gömülmesini öngören bir yasadır (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003). Boler’ e göre sezaryen ile yasayan ilk bebeğin doğurtulması M.Ö. 508 yılında Sicilya’ da gerçekleşmiş ve kayıtlara geçmiştir. Ancak sezaryenin çok daha önceleri yapıldığına dair yazılar vardır. Eski Yahudi kitapları Mischnagoth ve Talmud’ da sezaryenden bahsedilmektedir. 1500’ lü yıllardan önceki Müslüman kaynaklarında da sezaryen geçmektedir. Shakespeare’ in Macbeth adlı tiyatro eserinde de Macbeth’ i öldüren Macduff’ın sezaryen ile

doğduğu geçmektedir (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003). Yasayan bir kadına yapılan ilk başarılı sezaryen operasyonunun 1500 yılında Jacob Nufer tarafından yapıldığı belirtilmişse de bunun 1582 yılında kayıtlara geçmiş olduğu bazı tıbbi tarihçilerin bu vakayı kabul etmemelerine neden olmuştur. Canlı bir kadında belgelenmiş ilk sezaryen Wiitenberg' li Trautmann tarafından 21 Nisan 1610' da yapılmıştır ve anne operasyondan 25 gün sonra enfeksiyondan kaybedilmiştir (Prichard SA. et al. ,1989, Şevket O. ,2005).

1704' de Ruleau "Traite dre L' Operation Cesarienne" adlı eserini yazmış ve Rousset' in daha önce yapmış olduğu başarılı sezaryenlere bu kitapta yer vermiştir. M. Dionis 1718' de "A General Treatise of Midwifery" adlı kitabında sezaryene sıcak bakmayarak " bu operasyon ancak anne öldüğünde yapılabilir, eğer anne hayatta iken yapılıyorsa, bu kasaplıktır" demiştir.1710 yılında John Burton "An Essay Towards a Complete New System of Midwifery, Theoretical and Practical" adlı kitabında sezaryen operasyonunun sefalopelvik uyumsuzluk, abdominal gebelik ve uterus rüptüründe yapılabileceğini öne sürmüştür (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003).

İngiltere' de Mary Donally adlı ebe tarafından yapılan sezaryende ilk kez anne yaşamıştır. İngiltere' de bir cerrah tarafından yapıp annenin de yaşadığı ilk sezaryen 1779' da James Barlow tarafından gerçekleştirilmiştir(Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003). İlk sezaryenlerde uterusu dikiş konulmadığından; kanamadan veya daha sonra büyük olasılıkla sepsisten anne kaybedilirdi. Fransız bir cerrah olan Lebas 1769' da ilk defa uterin insizyonu kapatmak için sütur kullanmış ve büyük eleştirilere uğramıştır(Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003). Amerika' da sezaryeni ilk gerçekleştiren kişinin kim olduğu konusunda tartışmalar vardır. Bazı kaynaklar ilk kez Dr. John Lambert' ın, diğerleri ise Dr. Bennet' in yaptığını ileri sürmektedirler (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003).

1876 ve 1882' deki iki yayın daha önceleri %50 ile %85 arasındaki mortalitenin düşmesinde büyük bir etki yaratmıştır. Porro tarafından yapılan birinci yayında, kontrol edilemeyen uterin kanama ile corpus uteri eksize edilmiş ve serviks, drenaj

için, insizyonun alt köşesine dikilmiştir. Operasyon, kanama kontrolü sağlamakta ve daha sonra gelişebilecek, genellikle de peritonit ve ölümle sonuçlanan metritis ve parametritisi engellemekte idi. Sanger tarafından yapılan ikinci yayın karnı kapamadan önce uterus defektini suture etmenin önemini vurgulamıştır (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003). 19. yüzyılın ikinci yarısında anestezinin ve cerrahi aseptik tekniklerin gelişmesi mortalite hızında daha fazla düşüğe neden oldu. “Porro operasyonu” terimi bugün hala yanlış olarak sectio sezaryen-histerektomi işlemini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bugün için Sanger operasyonu, uterus insizyonunun korpus uteriye longitudinal olarak yapıldığı klasik sezaryen olarak bilinmektedir (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Prichard SA. et al. ,1989). Bugün transvers (Kerr) veya vertical (Kronig) alt segment insizyonları en sık kullanılan insizyon çeşitleridir. Birçok sütür çeşidi mevcuttur. Ancak en çok kromik ve poliglaktol sütürler kullanılmaktadır (Chom Berlain G., Hamilton D-Fairley ,2005, Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003 , Zlatnik F. ,1997).

1.2.2. Sezaryen Doğumun Endikasyonları

Doğum eylemi, anne veya fetus için tehlikeli kabul edildiğinde, doğumun gerekli olduğu fakat eylemin uyarılamadığı hallerde, distosi veya fetal özelliklerin belirgin risk oluşturduğu ve vajinal doğum için kontrendike oldukları durumlarda ve acil bir durumun süratli doğumu gerektirdiği fakat vajinal yolun imkansız veya elverişsiz olduğu hallerde sezaryen operasyonu endikedir (Scott JR. ,1997).

Sezaryen ile doğum için endike sayılan kriterler iki gruba ayrılmaktadır;

a) Onaylanmış Endikasyonları:

- Başarısız indüksiyon
- Sefalopelvik uyumsuzluk
- Eylemin ilerlemeyişi
- Kanıtlanmış fetal distres

- Plasentanın erken ayrılması
- Plasenta previa
- Umbilikal kord sarkması
- Doğum yolunda engel
- Aktif genital herpes enfeksiyonu
- Abdominal serklaj
- Bileşik (yapışık) ikizler (Chom Berlain G., Hamilton D-Fairley. ,2005, Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Scott JR. ,1997)

b) Tartışmalı (veya selektif) Endikasyonları:

- Makat geliş
- İmmün trombositopeni
- Şiddetli Rh immünizasyonu
- Büyük konjenital fetal anomaliler
- Serviks karsinoması
- Öyküde vajinal kolporafi
- Vulvada büyük kandidomalar (Chom Berlain G., Hamilton D-Fairley. ,2005, Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Scott JR. ,1997, Zlatnik F. ,1997)

Sezaryen ile doğumun tüm potansiyel endikasyonlarını sıralamak veya bunları yıllar içinde değiştirmekte etken olan tüm obstetrik yaklaşımları tartışmak pratik değildir. Birçok endikasyon artık yerleşmiştir, yine de bir kısmı kişiseldir veya hastaya göre selektif biçimde uygulanır ve bazıları da tartışılmaktadır. Sezaryenlerin çoğu fetal endikasyonlarla uygulanmaktadır; birkaçı sadece maternal nedenlerle, diğer bazıları da hem fetüsü hem de anneyi gözeterek yapılmaktadır. A.B.D.' de sezaryen geçirmişlere uygulanan yeni operasyon tüm sezaryenlerin yaklaşık %33' ünü oluşturmaktadır, distosi %30 kadarının endikasyonudur ve geri kalanı fetal distres, makat geliş ve diğer tüm nedenlere bağlıdır. Endikasyonların kapsamlarının genişletilmesi ile sezaryen doğumu sayesinde serebral paralizi ve diğer uzun vadeli özürlerin azaldığı ne yazık ki öne sürülmektedir. Bunun nedeni herhalde, perinatal morbidite ve mortalitenin

çoğunluğunun erken doğum, fetal anomaliler veya antepartum olaylara bağlı olmasıdır (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Scott JR. ,1997).

1.2.3. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları

Sezaryenin majör kontrendikasyonu gerçek bir endikasyonun yokluğudur. Karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, ölü fetus, eklampsi krizi, yeterli olanakların ve asistansın bulunmaması, kontrendikasyon olarak öne sürülmüştür. Kontrendikasyon olarak öne sürülen her bir durumda endike bir sezaryeni yapmanın tehlikesini, yapmamanın getireceği tehlikeler ile kıyasladıktan sonra karar vermek daha yerinde olur (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Gren BT., Umana E. ,2000, Scott JR. ,1997, Zlatnik F. ,1997).

1.2.4. Sezaryen İnsidansı

Sezaryen günümüzde cerrahi tekniklerin gelişimi, antibiyotiklerin bulunması ve güvenli kan transfüzyonlarının sağlanabilmesi, primigravidlerin yaş ortalamasının yükselmesi, devamlı elektronik fetal kalp monitorizasyonu ile çok daha geniş bir endikasyon yelpazesinde uygulanır olmuştur (Himmetoğlu Ö., Demirtürk F. ,2003, Konakçı S., Kılıç B. ,2004). Amerika Birleşik Devletleri' de 1970' lerde sezaryenin tüm doğumlar içinde ki oranı %5.5 iken 1993 verilerine göre bu oran %22.8' lere yükselmiştir. Brezilya, dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir ve 1996' da bu oran % 36.4 olarak bildirilmiştir.

Özellikle özel sektör hastanelerinde sezaryen ile doğum oranının yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin Arjantin' de özel hastanelerde gerçekleşen doğumların yarısı sezaryenle olmaktadır. Japonya ve eski Çekoslovakya' da ise 1990 yılı öncesi verilerinde belirtildiğine göre bu oran %7 gibi düşük bir orandır (Konakçı S., Kılıç B. ,2004). Ülkemizde sezaryen ile gerçekleşen doğumlar hakkında kesin bir veri bulunmamaktadır. 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre genel ortalama %21'dir (Sayın C. ve ark. ,2004). Ülkemizde kendi tercihi ile sezaryen olan kadın oranı % 8, 1' dir (1). Gelişmiş ülkeler içinde sezaryen oranı en

yüksek ülkeler Amerika, Brezilya; en düşük ülkeler ise Çekoslovakya, Belçika, Avustralya'dır (Kara S K. ,2004).

1.2.5. Maternal Mortalite

Materyal mortalite ve morbidite sezeryan doğumda vajinal doğuma göre kısmen doğuma yol açan komplikasyonlardan kısmen de abdominal operasyona ait artmış risklerden dolayı daha yüksektir (Has R., Saygılı R. ,2004). Mortalite oranı 100.000'de 40 ile 80 arasında değişmektedir. Fakat bu rakamların yorumlanması oldukça zordur. Çünkü endikasyonlar ve kontrendikasyonlarda büyük değişkenlikler söz konusudur (Kara S K. ,2004).

1.2.6. Perinatal Mortalite

A.B.D.'de sezeryan oranının yükseldiği dönemlerde perinatal mortalitede belirgin azalma gözlenmiştir, fakat bugün bu oranın, sezaryen oranının düşük kaldığı ülkelerinkinden farksız olduğu anlaşılmıştır (Coşkun A., Karanisoğlu H. ,1997, Konakçı S., Kılıç B. ,2004)

1.3 Postpartum Komplikasyonlar

1.3.1. Postpartum Kanama

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde 500ml.den fazla kan kaybı postpartum hemoraji olarak adlandırılır. Bu dönemdeki kanama primer veya akut olarak nitelendirilir. İlk 24 saatten sonraki hemoraji ise sekonder veya geç postpartum hemoraji olarak adlandırılır. Postpartum hemoraji maternal mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir ve önlenebilir olduğundan erken tanı ve etkin tedavi esastır (Khan KS., Wojdyla D., Say L. et al. ,2006). Anne ölümlerine neden olan kanamalar çoğunlukla plasenta dekolmanı, plasenta previa, postpartum atoni ve ektopik gebelik rüptürüne bağlıdır (Fox H. ,2005). Daha seyrek rastlanan nedenler ise uterus rüptürü, plasenta yapışma anomalileri, serviks ve vajen yırtıklarıdır. Yetersiz sütürasyon, sütürlerin açılması, enfeksiyon gibi sebepler üterin damarlardan postoperatif kanamaya yol açabilir (Özgüven FT., 2001). Postpartum kanama ile karşılaşıldığında spesifik etyoloji araştırılmalı ve tedaviye hemen başlanmalıdır.

Postpartum Kanama Nedenleri:

- 1) Uterus atoni ve hipotonisi
- 2) Doğum yolu yaralanmaları
- 3) Plasenta ayrılma ve atılma bozuklukları
- 4) Uterus rüptürü
- 5) İnversiyon uteri
- 6) Pelvik hematomlar
- 7) Koagülasyon sistemindeki anormallikler

1.3.2. Uterus Atonisi

Doğumdan sonra uterusun yeteri kadar kasılmamasıdır. Ani ve ciddi kanamalara neden olabilir. Doğumda en sık anne ölüm sebebidir (Mırak T. ve ark. ,2004). Yamani ve arkadaşları uterin atoni kanamasını en sık acil peripartum histerektomi endikasyonu olarak bildirmişlerdir(Yamani Zamzami TY. ,2003). Postpartum

kanamaların en sık nedeni (%75-90) uterus atonisidir (Taşkın L. ,2003). Erdemoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada histerektomi olgularının %51,92'si sezaryen ile doğumu takiben yapılmıştır ve acil histerektomi endikasyonlarının başında uterin atoni kanaması (%55,76) tespit edilmiştir (Erdemoğlu M. ve ark. ,2006).Geriye kalanların büyük kısmı travma ve retansiyon plasentadır.

Uterin atoniye yol açan predispozan faktörler:

Önceki gebelikte postpartum hemoraji, antepartum hemoraji, atoni öyküsü,
 Uterin distansiyon (çoğul gebelik, polihidroamnios, makrosomik bebek),
 Artmış parite,
 Hızlı travay, uzamış travay,
 Korioamnioitis,
 Retansiyone plasental ürünler,
 Plasentanın anormal yapışması (akreta, perkreta, inkreta),
 Uterin anomaliler ve fibroidler,
 Uterin travma (rüptür veya inversiyon),
 Operatif doğum,
 Oksitosin ile doğum indüksiyonu sonrası,
 Metabolik faktörler (uterin hipoksi, sepsis, hipokalsemi),
 Farmakolojik faktörler,
 Genel anestezi.
 Uterin atoni; uterus masajı, uterotonik, oksitosin kullanılması ile tedavi edilir, etkili olmazsa hipogastrik arter ligasyonu, hatta histerektomi yapılması gerekebilir.

1.3.3 Doğum Yolu Yaralanmaları

Servikal, vajinal ve perineal yaralanmalar postpartum kanamanın en sık nedenlerindedir. Bazen şiddetli kanamalara da yol açabilirler. Servikal yaralanmalar; serviksin manuel dilatasyonu, hızlı doğum ve müdahaleli doğum sonucu görülebilir. Perineal yaralanmalar epizyotomi insizyonunun yeterli olmaması

ya da uzaması sonucu görülür. Vajina ve perinenin laserasyonları birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü derece laserasyonlar olarak adlandırılır. Birinci derece laserasyonlar forşet, perineal cilt ve vajinal mukozal membranları içerir. İkinci derece laserasyonlar cilt ve müköz membranlara ek olarak perineal gövdenin kas ve fasyasını içerir. Üçüncü derece laserasyonlar cilt, müköz membranlar, perineal gövde ve anal sfinkteri içerir. Dördüncü derece laserasyonlar rektumun lümenini içerecek şekilde rektal mukozaya ulaşırlar. Bu tip laserasyonla fazlasıyla kanayan üretra yırtıkları da meydana gelebilir(Cunningham FG. ,2005).

Perineal yırtıkların tamiri de epizyotomi kesilerindeki gibidir. Uterus kontrakte ve normal şekilde iken kanamanın devam etmesi durumunda doğum yolu yaralanması ve plasenta parçalarının retansiyonu düşünülmelidir.

Epizyotomi Ayrılması: Epizyotomi onarımı sonrasında açılma ve ayrılma olması da normal doğum sonrası gelişebilecek komplikasyonlar arasındadır. Epizyotomi zorunlu değilken erken yapılırsa, doğuma kadar insizyondan fazla kanama olabilir. Epizyotomi çok geç yapılırsa, laserasyonlar önlenemez.

Epizyotomi komplikasyonları:

- Enfeksiyon, sellülit, abse oluşumu, hematom
- Perine laserasyonları
- Rektal inkontinans
- Pudental sinir hasarı, nekrotizan fasiit
- Rektovajinal fistül (Robinson JN. et al. ,1999).

1.3.4. Plasenta Ayrılma Ve Atılma Bozuklukları

Plasenta parçalarının uterus içerisinde kalmasıyla kanama genellikle geç dönemde ortaya çıkar. Nadir olarak doğumdan hemen sonra da görülebilir. Doğumdan sonra plasenta dikkatli bir şekilde incelenmeli, plasentada eksik bir parça tespit edildiğinde uterus kavitesi kontrol edilmelidir. Olguların çoğunda plasenta doğumdan birkaç dakika sonra kendiliğinden ayrılır. Nadir olarak da sıkı olarak

yapışmış plasentanın çıkarılması zor hatta imkansız olur. Çıkarılması için yapılan girişimde 1-2 kotiledon çıkarılabilir ancak büyük parçalar içeride kaldığı için kanama şiddetlenir. Bu durum plasenta akreta olarak adlandırılır. Plasenta akreta, genel olarak anormal invazyon gösteren herhangi bir plasental implantasyonu tanımlamak için kullanılır. Plasenta villuslarının myometriuma sıkı yapışmasına plasenta akreta, invazyon göstermesine plasenta inkreta, penetre olmasına ise plasenta perkreta denir. Uterusta ne kadar fazla skar dokusu varsa plasenta previya ve akreta olasılığı o kadar artar (Özgüven FT. ,2001). Yaygın penetrasyon gösteren ve plasentanın çıkarılması sırasında şiddetli kanamaya neden olan durumlarda en iyi tedavi şekli kan transfüzyonunu takiben histerektomidir.

1.3.5. Uterus Rupturu

Uterin rüptür; uterus duvarının fetus doğmadan önce veya doğumda anne ve/veya fetusun hayatını tehlikeye sokacak şekilde tamamen ayrılmasıdır. Rüptür tam veya kısmi olabilir. Sebepleri arasında kontraksiyonların yeterli olmasına rağmen açılmanın olmaması, geçirilmiş sezaryen, uterusu yönelik direkt travmalar, doğum esnasında dışarıdan uterusu fazla basınç uygulanması, forseps kullanımı gibi müdahaleli doğumlar, baş pelvis uygunsuzluğu olmasına rağmen normal doğumda ısrar edilmesi sayılabilir. Uterus rüptürüne yol açan en sık neden önceki sezaryene bağlı uterin skardır (Appleton B. et al. ,2000). Uterin rüptür Amerika'da maternal ölümlerin yaklaşık %5'inden sorumludur. Uterus rüptürü travay öncesi, travayda, ya da doğum sırasında olabilir. En sık etyolojik neden olan sezaryen sayısının artması ve de sezaryen sonrası normal doğum sayısındaki artış oranı insidansı arttırmaktadır. Uterus rüptüründe en belirgin bulgu fetal distrestir. Klasik insizyonda sonraki gebelikte travay denemesiyle olguların %12'sinde rüptür görülür (Özgüven FT. ,2001). Bu durum anne ve bebek hayatını tehdit eden ciddi bir durumdur, acil sezaryen gerektirir; erken teşhis ve acil müdahale prognozun iyi olması için gereklidir. Rüptüre olan kısmın tamiri ya da histerektomi yapılır.

1.3.6. Uterin İnverson

Doğumdan sonra uterusun eldiven parmağı gibi ters dönerek dışarı doğru çıkmasıdır. Etyolojisi net olarak bilinmemektedir. Tam ya da kısmi olabilir. Fark edildiği anda acil olarak geri çevrilmeye çalışılmalıdır. Nadir fakat ciddi bir komplikasyondur, insidansı yaklaşık 1/10.000 (Hostetler DR., Bosworth MH. ,2000). İnversona bağlı hemorajik şok görülebilir, tedavi acilen yapılmalıdır. Uterusun manuel olarak yerleştirilemediği durumlarda cerrahi gerekebilir.

1.3.7. Pelvik Hematomlar

Pelvik hematoma, üzerini örten dokuda herhangi bir yaralanma olmaksızın kan damarlarının rüptürü veya yaralanmasından meydana gelir. Prezente olan kısmın basısı, forseps, vakum uygulanması veya paraservikal, pudental anestezi sonrası görülebilir. Epizyotomi en sık görülen risk faktörüdür.1000 doğumda 1 sıklıkla görülmektedir. Subperitoneal ve supravajinal hematomları tedavi etmek oldukça güçtür. Perineal insizyon ile bunlara ulaşamayacağından laparotomi gerekir (Khan KS, Wojdyla D., Say L. et al. ,2006).

1.3.8. Koagülasyon Sistemindeki Anormallikler

Postpartum hemostazın ikinci büyük mekanizması kan koagülasyon sistemidir. Doğum kanalında spontan veya cerrahi travmalarda kanamanın kontrolünü sağlar. Serviks, vajina ve perinedeki küçük lacerasyonlar ve mukozadaki sınırlı yaralanmalarda, koagülasyon sistemi normal ise postpartum ciddi kanama ortaya çıkmaz. Ancak koagülasyonu varsa çok küçük yaralanmalar bile şiddetli kanama ile sonuçlanır. Sık görülen nedenler; yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu, von Willebrand's hastalığı, trombosit sayısı ve fonksiyon bozukluğudur. Postpartum hemorajilerin %3-4'ü koagülasyon bozukluklarına bağlıdır (Erdemoğlu M., ve ark. ,2006).

1.3.9. Distosi (Zor Doğum)

Annenin doğum kanalı, fetüs ve rahimdeki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir. Tedavi altta yatan nedene yönelik yapılır.

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

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

Fetusa ait distosiler: Prezantasyon anomalileri, pozisyon anomalileri, fetusa ait gelişme anormallikleri olarak gruplanabilir.

Omuz distosisi; bebeğin başının doğduktan sonra omuzlarının kemik yapılarla takılarak sıkışmasıdır. Annede diyabet, iri bebek, şişmanlık, doğumun 2. Evresinin uzaması, vakum ya da forseps gerektiren doğumlar ile daha önce omuz takılması öyküsünün olması risk faktörleridir. Bebeğin kol ve klavikula kemiklerinde kırılma, sinir zedelenmesi, bebeğin uzun dönem doğum kanalında kalmasına bağlı oksijenizasyonun bozulması ve bebeğin kaybedilmesi gibi komplikasyonları olabilir. Normal doğumda karşılaşılabilecek en korkunç komplikasyonlardan biridir. Manevra gerektiren omuz distosi sıklığı %0,6-1,4 arasındadır (Smith RB. et al. ,1994)

1.3.10. Kordon Dolanması

Boyunda kordon dolanmasının, diğer kordon komplikasyonlarından olan kordonda gerçek düğüm ve kordon sarkması ile birlikte, ölümcül perinatal asfiksi nedenleri arasında %5-18 oranında yer aldığı bildirilmektedir (Hankins GDV. et al. ,1987). Boyunda kordon dolanmasının doğumların yaklaşık %25'inde görülmesine karşın genel olarak doğum eylemini olumsuz yönde etkilemediği de ileri sürülmektedir. Buna karşılık umbilikal kordonun sıkışması antepartum ve intrapartum variable deselerasyonların nedeni olup, doğumun ilerleyen evrelerinde

kordon sıkışmasının giderek artmasına bağlı olarak intrapartum fetal distres olabileceği de belirtilmektedir (Bracero LA. et al. ,1986). Kordon dolanması doğum şeklini etkileyerek müdahaleli doğum oranının artmasına sebep olabilmektedir. Uludağ ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada boyunda kordon dolanması olan olgularda, kordon dolanması olmayanlara göre müdahaleli doğum oranının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Uludağ S. ve ark. ,1994). Aynı çalışmada fetal distres gelişmesi boyunda kordonu olanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Fetal distresin nedeni bu olgularda kontraksiyonlar sırasında kordon sıkışmasıdır.

Kordon sarkması:

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

1.3.11. Postpartum Ateş

Doğum sonrası 24 saat geçtikten sonra en az iki kez ölçümde vücut ısısının 38 dereceden yüksek ölçülmesine postpartum ateş denir. Daha düşük derecede ateş postpartum dönemde sık izlenir ve spontan olarak kaybolur. Enfeksiyon kaynaklı bir ateş varsa en sık olarak genital sistem daha sonra üriner sistem ve daha az olarak meme ve akciğer orijinlidir. Antibiyotik tedavisine rağmen devam eden ateş plasenta retansiyonu, pelvik abse, yara yeri enfeksiyonu, septik pelvik tromboflebit gibi durumları düşündürmektedir. Febril morbidite, jinekolojik operasyon sonrası en sık karşılaşılan komplikasyon olarak bilinir ve olguların %5 ile %46'sında görülür (Engören M. ,1995).

Ateş postoperatif enfeksiyonun ilk belirtisi sayılmaktadır ancak her postoperatif ateş febril morbidite değildir. Müdüroğlu ve ark yaptığı bir çalışmada jinekolojik operasyonların %8,7'sinde febril morbidite tespit edilmiştir (Müdüroğlu M. ve ark. ,2006). Febril morbidite ile yaş hariç klinik özellikler arasında bir ilişki saptanmamış. Buna karşılık operasyon süresi, kan transfüzyonu, dren ve nazogastrik sonda gibi

özelliklerin febril morbidite oranını anlamlı ölçüde artırdığı saptanmıştır (Müdüroğlu M. ve ark. ,2006).

1.3.12. Pelvik Enfeksiyonlar

Vajinal doğum sonrası postpartum enfeksiyon oranı %3 iken, sezaryende 5-10 kat daha yüksektir. Postpartum enfeksiyon sonucu ölüm riski çok düşük olsa da Amerika'da maternal ölümlerin %7'sinden sorumlu olduğu ve doğumu takiben görülen ölümlerin 4. sıradaki nedeni olduğu rapor edilmiştir (Watts DH. et al. ,1990). Sezaryen pelvik enfeksiyonların sıklığı ve ciddiyeti açısından en önde gelen predispozan klinik faktördür. Normal doğum yapanlara göre 5-30 kat daha fazla puerperal enfeksiyon riski mevcuttur. Uzamış doğum eylemi veya erken membran rüptürü, düşük sosyoekonomik düzey, kötü hijyen, vajinal muayene sıklığı, internal fetal monitarizasyon, servikal ve vajinal travma puerperal enfeksiyon için risk faktörleridir. Olguların büyük çoğunluğunda pelvik enfeksiyondan sorumlu bakteriler, normalde kemikte yerleşen ve aynı zamanda perine, vajina ve serviksikolonize eden bakterilerdir. Vajinal doğumu takiben gelişen hafif metrit olgularında oral bir antibiyotik tedavisi yeterli olabilir. Buna karşılık sezaryenle doğurtulanlar da dahil olmak üzere orta veya ağır enfeksiyon geçiren kadınlarda geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavi gerekir. Ameliyat sonrası enfeksiyonun önlenmesinde en etkili yol iyi bir cerrahi tekniktir. Endomyometrit alt genital traktusta normal olarak mevcut olan bakterilerin yayılmasına sekonder polimikrobiyal bir enfeksiyondur. İntakt membranların varlığında Ureoplazma urealitikum ile koryoamnion kolonizasyonunun postoperatif endometrit riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir(Özgünen FT. ,2001). Profilaktik antibiyotik kullanılmamışsa sezaryen sonrası endomyometrit insidansı %20-40 kadardır(Özgünen FT. ,2001), antibiyotik kullanılmasıyla bu oran %50-60 azalır. Kadınların %90'ından fazlasında metrit 48 ile 72 saat içerisinde uygun antibiyotik tedavi seçeneklerine cevap verir; diğerlerinde yara enfeksiyonları, yara ayrışması, nekrotizan fasiit, peritonit, adneksal enfeksiyonlar, parametrial flegmon, pelvik abseler, septik pelvik tromboflebit gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir.

Yara enfeksiyonları:

Sezaryen sonrası yara enfeksiyonu insidansı %2,5-16 kadardır (Özgüner FT. ,2001). Hastanın direnci ve kontaminasyon miktarı yara enfeksiyonu gelişiminde önemli faktörlerdir. Profilaktik antibiyotik verilirse risk azalır. Elektif olgularda %4,7 iken, acil olgularda insidans %24,2'ye yükselir. Anemi, erken membran rüptürü, kordon prolapsusu, mekonyum varlığı, obezite, diyabet, kortizon tedavisi ve hematoma oluşumu yara enfeksiyonu riskini arttıran nedenlerdir. Sıklıkla aerobik ve anaerobik bakterilerin karışımı izole edilir. Yara enfeksiyonunun önlenmesinde preoperatif hazırlığın önemi vardır ve erken tanı önemlidir.

Yara ayrışması:

Yaranın fascial tabakayı da içerecek şekilde ayrılmasını ifade eder. Çoğu ayrışmalar postoperatif beşinci günden itibaren belirti vermeye başlarlar ve serosanginöz bir akıntı oluşur. Yara ayrışmalarının çoğu postsezaryen metrit tedavisini takiben ortaya çıkar.

Nekrotizan fasiit:

Yara enfeksiyonlarının ciddi bir komplikasyonudur, çok yüksek mortaliteyle seyreder. Sevindirici yani çok nadir görülür olmasıdır. Sezaryen doğumu takiben abdominal insizyonlarda, epizyotomide veya perineal laserasyonlarda ortaya çıkabilir. Önemli doku nekrozu ile seyrederler. Uygun antimikrobiyal tedavi yanında geniş debridman gerekebilir.

Peritonit:

Sezaryenle doğumu takiben gelişen uterus insizyonel nekrozu ve ayrılması sonucu ortaya çıkabilir. Eğer enfeksiyon uterusu başlamış ve peritonea yayılmışsa, tedavi genelde medikaldir. Bir barsak lezyonunun veya uterus insizyonel nekrozunun sonucu olarak gelişen peritonit en iyi cerrahi tedaviye yanıt verir.

Adneksal enfeksiyonlar:

Puerperal enfeksiyonlara fallop tüplerinin eşlik etmesi genelde sadece perisalpenjit olarak karşımıza çıkar. Over absesi çok nadir komplikasyon olarak görülebilir.

Parametriyal flegmon:

Sezaryen doğumu takiben metrit gelişen bazı kadınlarda, parametrial selülit yaygındır ve ligamantum latumun yaprakçıkları arasında flegmon adı verilen bir indürasyon bölgesi oluştururlar. Sezaryen sonrası gelişen pelvik enfeksiyonlar uygun şekilde tedavi edilse bile, ateş 72 saat sonra hala devam ediyorsa mutlaka akla gelmelidir.

Pelvik abseler:

Ender olarak metritin uygun ve hızlı tedavisine rağmen, parametriyal bir flegmon yayılabilir. Eğer abseler peritoneal kaviteye rüptüre olurlarsa peritonit gelişebilir.

Septik pelvik tromboflebit:

Bakteriyel enfeksiyon genelde plasental implantasyon bölgesinde veya daha sık olarak uterus insizyonunda başlar. Bu enfeksiyonlar myometriyal venöz trombolarla ilişkilidir. Parkland Hastanesi'nde doğum yapmış 45,000 kadını inceledikleri beş yıllık izlemde, Brown ve arkadaşları septik tromboflebit insidansını vajinal doğum için 1:9000 ve sezaryenle doğum için 1:800 olarak bulmuşlardır (Brown Cel. et al. ,1999).

Basit epizyotomi enfeksiyonu:

Epizyotomiye komşu bölgede deri ve subkutan dokuda lokalize enfeksiyonun gözlenmesidir. Bulgular lokal ödem ve eksudatif eritemdir. Tedavi insizyon, eksplorasyon ve debridmandır. Belirgin yüzeysel selülit varsa uygun antibiyotik

tedavisi endikedir. Yaraların çoğu granülasyonla iyileşir. Sfinkter veya rektal mukozayı ilgilendiren yaralarda enfeksiyon tamamen geçtikten sonra onarım yapılmalıdır (O'Boyle AL. et al. ,2003). Epizyotomi açılmasının erken dönemde tamiri yeni bir alternatiftir. Tanı sırasında debridman ve bunu takiben antibiyotik tedavisi, sık pansuman yapılır. Bir hafta içinde doku sağlıklı görünüm kazanınca tam onarım yapılır.

1.3.13. Amniyon Sıvı Embolisi

Amniyon sıvı embolisi nadir olmakla birlikte mortalite oranı %80'den fazladır. Yaşayanların da %85'inde nörolojik sekel kalmaktadır (Gren BT., Umana E. ,2000). Altta yatan etyoloji amniyon sıvısının ve debris partiküllerinin maternal sirkülasyona geçerek anafilaktik benzeri reaksiyona yol açmasıdır. Amniyon sıvı embolisi %70 travayda, %10 postpartum dönemde, %20 sezaryen esnasında oluşmaktadır. Ortaya çıkış tablosu dramatik olup klinik olarak respiratuvar distres, siyanoz, kardiyovasküler kollaps, hemoraji ve koma tablosu mevcuttur. Yüksek parite, 35 yaşından büyük gebelikler, uterusun aşırı distansiyonu, uterin rüptür, iri bebekler, oksitosiklerin aşırı kullanımı gibi faktörlerin amniyon sıvı embolisiyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Gren BT., Umana E. ,2000). Tedavisi semptomatik ve destekleyici tedavidir.

1.3.14. Uriner Sistem Enfeksiyonları

Postpartum kadınların yaklaşık %2-4'ünde üriner sistem enfeksiyonları görülebilir. Doğum sonrası hipotonik halde kalan mesane ve alt üriner sistemde rezidüel idrar ve reflü sonucu mevcut olan yatkınlık kateterizasyon, doğum travması, sık vajinal muayene, kontaminasyon sonucu kendini enfeksiyonla gösterir. Sezaryen sonrası %2-16 oranında üriner sistem enfeksiyonu ortaya çıkabilir, annenin preoperatif sağlığına, operasyon ve sonrasında üriner kataterin kalış süresine bağlıdır (Özgünen FT. 2001). Vakaların %75'inde E. Coli sorumlu olan patojendir. Hastanede kalış süresince idrar yolu enfeksiyonlarının sıklığı %1,7 oranındadır ve bunların %65'i mesane kateterizasyonuna sekonder olarak gelişmektedir. Bu tipteki

enfeksiyonların sıklığı nedeniyle günümüzde yoğun olarak yapılan sezaryen operasyonlarında artık rutinde üriner kateterizasyon yapılmasının gerekli olmadığı konusunda yaklaşımlar bulunmaktadır (Ghoreishi J. ,2003). Üriner enfeksiyonları önlemenin en iyi yolu üriner kateterlerin mümkün olduğunca az kullanılması, kullanıldıysa en kısa zamanda çıkarılmasını içermektedir. Tedavi sonrası kültür takibi gereklidir.

1.3.15. Anesteziye Bağlı Komplikasyonlar

Genel anestezi sonrası ortaya en sık çıkan komplikasyonlar laringospazm ve aspirasyondur. Spinal anestezi sonrası hipoventilasyon ve hipotansiyon açısından dikkatli olunmalıdır. Maternal ölümlerin %25 kadarı anestezi komplikasyonları ile ilgilidir (Dunn LJ. ,1986).

1.3.16. Cerrahi Komplikasyonlar

Sezaryen ile ilgili maternal ölüm hızı değişkenlik gösterir. Hiç mortalite görülmeyen büyük seriler yanında 1-2/ 1000 olan seriler de vardır. Maternal mortalitenin büyük bölümü elektif operasyonlardan çok acil sezaryen gerektiren durumlara aittir (Lilford RJ. et al. ,1990). 2003 yılında Danimarka'da yapılan bir çalışmada sezaryen olgularında intraoperatif komplikasyon hızları araştırılmış ve acil sezaryen vakalarındaki komplikasyon görülme hızı (%14,5), elektif vakalardaki komplikasyon görülme hızından (%6,8) daha yüksek tespit edilmiştir. Aynı çalışmada uteroservikal laserasyonlar ve kan kaybı en sık görülen intraoperatif komplikasyonlar olarak tespit edilmiştir (Bergholt T. et al. ,2003). Sezaryen major cerrahi girişim olduğundan herhangi bir abdominal operasyonda görülebilecek tüm komplikasyonlar görülebilir. Erken ve geç komplikasyonlar görülebilir. Yanlış cerrahi teknik veya anestezi, hemostazın sağlanamaması, yetersiz kan replasmanı, enfeksiyon tedavisinin yetersiz veya yanlış olması, yanlış grup kan transfüzyonu mortalitenin en önemli nedenleridir. Sezaryende maternal morbidite de vajinal doğuma göre belirgin derecede artmıştır. Mesane zedelenmesi 1,4/1000, ureter

zedelenmesi 1,3/1000'dir (Lilford RJ. et al. ,1990). Mesane yaralanması en çok batın açılması veya skarlı bir uterusu önceki operasyonda yapışmış olan mesanenin operasyon alanından uzaklaştırılması sırasında görülür. Ureter yaralanması çoğu zaman uterusdaki insizyon yerinin uzaması veya kanamayı kontrol için sütür konması sırasında oluşur (Özgünen FT. 2001). Geç komplikasyonlar; adhezyonlara bağlı barsak obstrüksiyonu, sonraki gebelikte uterusun açılmasıdır. Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sezaryen doğumlarda meydana gelen cerrahi komplikasyonlar araştırılmış ve olguların %15'inde komplikasyon tespit edilmiştir. Bu çalışmada major komplikasyonlar arasında ilk sırayı uterusun arter laserasyonu alırken, minör komplikasyonlar arasında en sık histerotomiden sonra uzamış fetal doğum süresi tespit edilmiştir (Tanrıverdi HA. ve ark. 2003). Sezaryen operasyonlar sonrasındaki morbidite oranı, uygulanan cerrahi teknik ve intraoperatif komplikasyonlarla (enfeksiyon, kanama, üriner disfonksiyon, tromboembolik olaylar) doğrudan ilişkilidir.

1.3.17. Pelvik Taban Bozuklukları

Pelvik organ prolapsusunda pelvik organları destekleyen dokuların yapı ve/veya fonksiyonlarındaki bozukluğa bağlı olarak pelvik organların aşağıya doğru yer değiştirmeleri söz konusudur. Burada genelde pelvik tabanda güçsüzlük oluşur ve pelvik tabanın aşağıya doğru yer değiştirmesi destekleyici bağ dokusunda bir strese neden olur. Daha sonra karın içi basınçta artışların olması ise pelvik organ prolapsusu ile sonuçlanır. Çoğu vakada pelvik organ prolapsusuna predispozisyon yaratan pelvik nöropatiler ve doku hasarından primer sorumlu faktörlerin doğumlar (özellikle zor ve travmatik doğumlar) olduğu düşünülmektedir (Gill EJ., Hurt WG. ,1998). Üriner inkontinans ve organ prolapsusu için cerrahi tedavi uygulanan hastaların obstetrik öykülerine bakıldığında bu grupta paritenin daha yüksek, nulliparite oranının daha düşük, vajinal doğumun daha fazla, sezaryenin ise daha az olduğu saptanmıştır (Carley ME. et al. ,1999). Pelvik organ prolapsusunda birçok etyolojik faktörün rol almasına karşın, Oxford Family Planning Association'ın epidemiyolojik çalışmasında en önemli risk faktörünün parite olduğu belirtilmiştir

(Mant J. ,1997). Üriner inkontinans, fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu gibi sorunlar gebelik ve doğuma bağlanmış olmasına rağmen gebelik ve doğumun pelvik organ desteği üzerindeki etkileri objektif olarak tanımlanmamıştır (Ramin SM. et al. ,1992). Doğum şeklinin pelvik tabana etkisine bakıldığında, vajinal doğum daha fazla suçlanmaktadır. Hatta pelvik organ prolapsusunun önlenmesi için yaygın şekilde elektif sezaryen uygulamasını öneren yayınlar da vardır (Sultan AH., Stanton SL. ,1996). Doğumlarla üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada ise; stres üriner inkontinans oranı nulliparlarda %4,7, doğumlarını sezaryen ile yapanlarda %6,9, doğumlarını vajinal yolla yapanlarda %12,2 olarak bulunmuştur (Rortveit G. et al. ,2003).

1.3.18. Diğer

Sezaryen sonrası vezikouterin, ureterouterin, uteroabdominal fistül oluşumu gibi komplikasyonlar tanımlanmıştır (Özgünen FT. ,2001). Postoperatif respiratuar komplikasyonlar, gastrointestinal disfonksiyon görülebilir. Sezaryen sonrası derin ven trombozu insidansı vajinal doğumun 3-5 misli fazladır (Özgünen FT. ,2001). Febril morbidite, kan transfüzyon gereksinimi, tromboembolik komplikasyonlar, pnömoni ve sepsis sezaryende vajinal doğumdan daha sık görülür. Hastanede kalış süresi ve ücreti de sezaryende artmıştır. Hastanede kalış süresiyle komplikasyonlara bağlı rehospitalizasyon arasında ilişki vardır. En uygun kalış süresi 3-5 gündür (Mant J. et al. ,1997). Komplike olmayan bir multiparda vajinal doğum mükerrer elektif sezaryene göre bebek için daha az tehlikelidir. İyatrojenik prematürite elektif sezaryenlerin hala önemli bir sorunudur. Elektif sezaryen ve vajinal doğum, perinatal ölüm ve nörolojik sekel açısından karşılaştırıldığında sezaryende risk iki misli fazla bulunmuştur. Yenidoğanda sezaryene bağlı solunum problemlerinin de daha fazla olduğu bilinmektedir (Gilstrap LC. et al. ,2002). Sezaryen sayısı arttıkça; plasenta akreta riski, barsak ve uretral yaralanmalar, ileus, postoperatif ventilasyon ihtiyacı, histerektomi, dört ya da daha fazla ünite kan transfüzyonu ihtiyacı ve hastanede kalış süresi artmaktadır.

1.4. Doğum Sonu Dönem

1.4.1. Puerperium Fizyolojisi

Doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranların doğduktan sonra puerperium dönemi başlar. Puerperium, bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumları döndükleri bir zaman periyodudur. Bu periyot 6 haftalık bir süreyi kapsar. Puerperal dönem annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina, diğer genital organların ve diğer sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir.(Taşkın L. ,2003)

Doğum sonu dönem genellikle 3 döneme ayrılır.

- Kritik (İmmediate) Doğum Sonu Dönem: Doğumdan sonraki ilk 24 saati kapsar.
- Erken Doğum Sonu Dönem: Doğumdan sonraki ilk 1 haftayı kapsar.
- Geç Doğum Sonu dönem: İlk haftadan sonraki 6 haftayı kapsar.(Altuğ K. ,2002)

1.4.2. İnvolyasyon Süreci

İnvolyasyon, üreme organlarının doğumu izleyen 6 hafta içinde normal ölçülerine ve fonksiyonlarına dönme sürecidir. Gebelikte meydana gelen değişiklikler tam olarak geri dönüşlü(reversible) değildir. Gebelikte meydana gelen değişiklikler yavaş yavaş olurken involyasyon süreci çok daha hızlıdır ve ilk 3-4 gün içinde çok belirgin değişiklikler gözlenir(Taşkın L. ,2003). Bu değişiklikler:

1.4.2.1.Uterus İnvolyasyonu

Doğum eyleminin 3. devresinin sonunda uterus umblikus seviyesindedir. Uterus büyük, sert, yaklaşık greyfurt büyüklüğünde ve 1000 gr ağırlığındadır. Puerperium

sonunda uterus 50-80 gr. Ağırlığında olacak şekilde küçülür. Bu dönemde endometrium düzeyi, endometriumun epitel tabakaları ile kaplanmış ve normal üreme fonksiyonu için yeniden hazırlanır.

Uterus involusyonunu etkileyen faktörler:

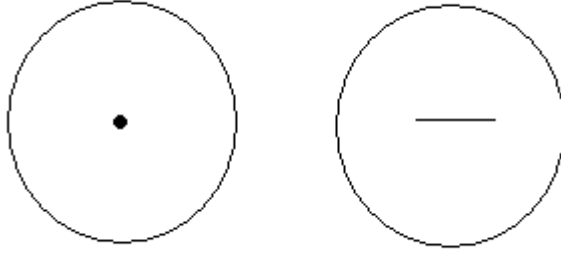
- Uterus kas liflerinin kontraksiyonu,
- Uterus duvarında gebelikten arda kalan fibroelastik doku kalıntılarının otolizi,
- Atrofi, Yüksek düzeyde östrojen varlığında proliferen(çoğalan) olan dokuların, plasentanın ayrılmasıyla düşen östrojen seviyesine cevap olarak gerilemesidir(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.2. Endometrium Rejenerasyonu

Doğumda plasenta ve zarlar, desiduanın spongios tabakasının bir kısmını uterusda bırakarak ayrılırlar. Desiduada, plasentanın ayrılmış olduğu yer kanamış bir yara görünümünü alır. Doğumdan sonra 2-3 gün içinde plasentanın ayrıldığı endometrium yüzeyi iyileşmeye başlar ve iki tabakaya ayrılır. Yaralanan desidua bölgesine lökositler gelir ve desiduanın nekroze olan ve dökülen tabakasını, sağlam olan alt tabakadan ayıran bir granilasyon dokusu oluştururlar. Desiduanın yüzeysel tabakası loşia olarak dışarı atılırken altta kalan sağlam tabaka endometriumu yeniden yapılandırır. Endometriumun rejenerasyonu 6-8 hafta sürer(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.3. Serviks

Serviks involusyonu 6 hafta sürer. Doğumdan sonra eksternal os 2-3 parmak açık kalır ve 6. haftanın sonunda kapanır. Serviks hiçbir zaman gebelik öncesi durumuna dönmez(Taşkın L. ,2003).



Şekil 2.2 Gebelik Öncesi Serviks-Doğum Sonrası Serviks(Taşkın L. ,2003)

1.4.2.4. Vulva ve Vajina

Vulva ve vajina bebeğin doğumu sırasında önemli derecede baskı altında kalır ve gerilir bu nedenle ilk bir hafta boyunca gevşek kalırlar. 3. haftadan sonra neredeyse gebelik öncesi haline dönerler. Vajinadaki rugae'lar yeniden belirginleşir ve labialar daha az çıkıntılı hale gelir. Vajinal orifis doğumdan sonra hafif açık kalır(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.5. Perine

Doğum sonrası fetus başının baskısı nedeniyle gevşektir. 5. günden itibaren tonüsünün büyük bir kısmı geri döner, ancak nullipar dönemdeki durumundan daha gevşek olur(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.6. Göğüsler

Puerperium dönemde göğüsler, laktasyonun sonuna kadar tam olgunluğa ulaşır. Doğum sonrasında östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesiyle daha önce

baskılanan prolaktin hormonu aktive olur ve göğüslerden süt salınımı başlatır(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.7. Üriner Sistem

Gebelikte üreterlerin tonüsünde azalma olması, doğumda fetus başı ve pubis kemiği arasında sıkışma sonucu mesane boynunda ödem, sfinkterlerde spazm meydana gelmesi ve perinenin sıyrıklardan dolayı hassas olması nedeni ile doğumu izleyen ilk 24 saatte idrara çıkmak zor olur. Üreterler puerperal dönemin 4-6. haftasında normale döner(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.8. Gastrointestinal Sistem

Bağırsak fonksiyonları doğumdan sonraki 3-4 gün içinde normale döner. Doğumdan sonra progesteron seviyesinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında perinenin ağrılı olması, erken dışkılamayı inhibe eder(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.9. Kardiovasküler Sistem

Erken puerperium dönemimde total kan volümü yüksek kalır. Östrojen seviyesinin düşmesi sonucu meydana gelen belirgin diürezden sonra, kan volümü ebe olmayan kadının kan volümü seviyesine düşer. Eritrosit sayısı ve hemogloblin seviyesi 5. haftadan sonra normale döner. Erken puerperium dönemde sedimentasyon hızı ve doğum eyleminde artan lökosit sayısı da yüksektir(Taşkın L. ,2003).

1.4.2.10. Psikolojik Değişiklikler

Doğum sonu dönemde annelerde duygulanım bozukluklarını arttıran birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenler, hormonal değişimler, geçirilmiş ruhsal sorunlar,

istenmeyen ve riskli gebelikler, zor doğum eylemi, adölesan gebelikler, aile içi çatışmalar, hikayesinde depresyon bulunma durumu, mali sıkıntılar, sosyal destek eksikliği, doğumda sağlık ekibinden destek alamama ve stresli yaşamdır(Pritchard SA. et al. ,1989). Annedeki depresyon hali 1-2 günden fazla sürerse annenin postpartum psikoza girmesini önlemek için özel psikiyatrik yardım istenmelidir(Taşkın L. ,2003).

1.4.3. Loşia ve Karakterleri

Doğumdan sonra genellikle bütün puerperium boyunca süren vajinal akıntıya **loşia** denir. Loşia kan, küçük desidua parçaları ve mukus, ayrıca verniks kaseoza, lanuga ve mekonyum gibi maddeleri içerir.

Doğumdan sonra her geçen gün loşianın rengi ve miktarı değiştiği için üçe ayrılır.

1. **Loşia Rubra:** 1-3 gün sürer. Koyu kırmızı renktedir. İlk günlerde plasentanın ayrıldığı yerdeki damar ağzları henüz kapanmamıştır bu nedenle loşia daha çok kan içerir.
2. **Loşia Seroza:** Damar ağzları tromboze olmaya başladığı için iyileşen yüzeyden gelen kan azalır. Loşia pembe bir renk ve seroz bir hal alır. 4-10 gün sürer.
3. **Loşia Alba:** 11-21 günden, 6. haftaya kadar sürer. Loşia açık sarımsı bir renk alır ve miktarı azalır.

1.5. Doğum Sonu Döneme Uyum

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir bireyin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu bir dönemdir. Doğumdan sonra anne birkaç gün pasif ve bağımlıdır, daha çok kendine dönük ve çok alıcı konumdadır. Anne ikinci günden sonra postpartum sürece uyum sağlamaya başlar. Artık ilgisi bebeğine yönelmiş, endişeleri daha çok bebeği ile ilgilidir. Sütünün yetmeyeceği, ona yeterince bakamayacağı konusunda endişeleri olur. Bu dönemde anne daha çok verici konumdadır. Doğum sonu dönemin psikolojik sonuçları, eğer ailede iletişim iyi ise pozitifdir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar “ annelik rolü kazanma ” üzerine yoğunlaşmıştır. Annelik rolü kazanma kadının annelik davranışlarını öğrenme sürecidir. Bu süreçte annelik kimliğinin şekillenmesi, annelik rolünün kazanıldığını gösterir. Annelik kimliğinin şekillenmesi doğan her çocukla birlikte ortaya çıkar. Bu rolün kazanılmasının 4 safhada gerçekleşir:

- 1- **Geleceğe Hazırlanma Safhası:** Gebelikte ortaya çıkar. Kadın anneliğe ilişkin rol modellerini izler. Özellikle kendi annesi “ nasıl bir annelik ” sorusunun cevabı için iyi bir örnektir.
- 2- **Formal-Biçimsel Safhası:** Çocuğun doğumu ile başlar. Anne, rol modellerin etkisi altında çevrenin kendisinden beklediği gibi davranmaya çalışır.
- 3- **İnformel Safha:** Bu safhada kadın anneliğe ilişkin kendi seçeneklerini, diğer bir deyişle kendi annelik stilini geliştirmeye başlar.
- 4- **Kişisel Safha:** Bu safhada anne artık bir anne olarak rahattır ve bu konuda kendi fikirlerine ve davranışlarına sahiptir.

Annelik rolünün kazanılması, doğumdan sonraki 3-10 ay arasında gerçekleşir. Kadının sosyal desteği, yaşı, kişisel özellikleri, yenidoğanın mizacı ve ailenin sosyo-ekonomik durumu annelik rolünü kazanmayı etkileyen faktörlerdir(Taşkın L. ,2003).

1.5.1. Postpartum Hüzün

Postpartum hüzün, kadınların çoğunda doğumdan sonra ilk bir iki hafta içinde ortaya çıkan geçici bir depresyon periyodudur. Hüzün, ruhsal durumda dalgalanmalar, öfke, ağlama, iştahsızlık, uyuyamama ve hayal kırıklığı gibi duygular ile kendini belli edebilir. Hastaneden erken taburculuk nedeni ile bu tablo genellikle evde gelişir. Postpartum periyoda uyum süreci ve hormonal değişiklikler, bu tablonun temel nedeni olarak düşünülmektedir. Yorgunluk, rahatsızlık ve aşırı uyarılma da diğer nedenler olarak sayılabilir. Kadın anlayış ve destek alıyorsa, postpartum hüzün genellikle kendiliğinden çözülür. Eğer belirtiler yoğun ve inatçı ise kadının postpartum depresyon açısından değerlendirilmesi gerekir(Taşkın L. ,2003).

1.5.2. Normal Doğumun Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Olumlu Yönleri

- Normal doğum bebeğin vajinal yolla doğulmasıdır, doğal ve fizyolojik bir süreçtir.
- Anne doğum sonrası kısa sürede bebeği emzirmeye başlayıp normal günlük aktivitelerini yapmaya başlayabilir.
- Rahim kasılmalarını sağlayan oksitosin hormonu anne sütü üretiminin başlamasını sağlar.
- Doğum sonrası hastanede kalma süresi kısadır.
- Normal doğum bebek açısından avantajlıdır doğum sırasında sıkışıp büzülen akciğerlerin soluk alıp vermeye hazırlıklı hale gelmesini sağlar.
- Anne ve bebek arasındaki duygusal bağın kısa sürede oluşmasını sağlar([www.asm.gov.tr/erişim: 25/01/2011](http://www.asm.gov.tr/erişim:25/01/2011)).

Olumsuz Yönleri

- Doğum eylemin ağrılı olması.
- Doğum eyleminin nasıl ilerleyeceğinin daha önceden bilinmemesi.
- Doğum eylemi uzayabilir, ani problemler gelişebilir ([www.asm.gov.tr/erişim: 25/01/2011](http://www.asm.gov.tr/erişim:25/01/2011)).
- Doğum eyleminde bebek sıkıntıya girebilir, bebek kalp atışları yavaşlayabilir.
- Her zaman acil sezaryen hazırlığının olması gerekir.
- Doğum eyleminin uzaması bebeğin oksijensiz kalmasına neden olabilir ve buna bağlı bebekte ciddi beyin hasarları gelişebilir.
- Doğum eylemi sırasında yetersiz ıkmaya bağlı vakum kullanılabilir.
- Doğum sırasında bebeğin omuzu takılabilir.
- Doğum sırasında düzensiz ıkmalar vajinal bölgede yırtıklara sebep olabilir.
- Doğum sonrası atılan dikiş bölgesine düzenli pansuman yapılmalı ve hijyenine dikkat edilmelidir. Epizyo bölgesinin iyileşme süreci 7-10 gündür([www.asm.gov.tr/erişim: 25/01/2011](http://www.asm.gov.tr/erişim:25/01/2011)).

1.5.3. Sezaryen ile Doğumun Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Olumlu Yönleri

- Sezaryenin en büyük avantajı bebek açısından karşılaşılabilecek riskleri en aza indirmesidir.
- Normal doğumda oluşabilecek riskler sezaryende neredeyse çok azdır(www.asm.gov.tr/erişim: 25/01/2011).

Olumsuz Yönleri

- Sezaryen ile doğan bebeklerde solunum problemi görülebilir.
- Sezaryen ile doğum anne için daha çok problemlidir. Annenin doğum sonrası kendine gelmesi, bebeğini emzirmesi normal doğuma göre daha uzun sürer.
- Hastanede kalma süresi normal doğuma göre daha uzundur.
- Annenin normal günlük aktivitelerini getirebilmesi için en az 3-7 güne ihtiyacı vardır.
- Ameliyat bölgesinde enfeksiyon riski mevcuttur(www.asm.gov.tr/erişim: 25/01/2011).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma Gaziantep Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan normal doğum ve sezaryen ile doğum yapmış olan 101 kadının katılımıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2009/ Mayıs 2010 ayları arasında Gaziantep Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde yapılmıştır.

2.3. Araştırma Örnekleme

Bu araştırmada gerekli örnek sayısı Moser ve Kalton (1979) tarafından örnek büyüklüğünün tespitinde kullanılması önerilen, formül yardımı ile tespit edilmiştir. Örnek büyüklüğünün tespitinde, standart hatanın 0.04 ve güven aralığının %95 olduğu kabul edilecektir. Ana kütledeki değişimin %50 olacağı varsayılmış olup bu varsayımlar altında yukarıda sunulan formül yardımı ile bu çalışmada gerekli olan örnek sayısının en az 100 olması gerektiği hesaplanmıştır.

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan anket formlarının yüz yüze görüşme tekniği kullanılması ile elde edilmiştir, görüşmeyi kabul etmeyenler ciddi doğum ya da sezaryen komplikasyon yaşayanlar ve anketleri dolduramayanlar çalışmaya alınmadı.

2.5. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan anket formu, beş sayfadan ve 31 sorudan oluşmaktadır. Anket formu, uygulanmaya konmadan önce rastgele seçilmiş 20 katılımcı ile n test (pre test) yapılarak değerlendirilmiş ve katılımcılardan elde edilen fikirler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak uygulanmaya hazır hale getirilmiştir. Anket formu, genel kurallar çerçevesinde hazırlanmış ve iki kısımdan oluşturulmuştur. Anket formunun birinci kısmıyla, katılımcıların yaş, eğitim durumu, aylık gelir gibi demografik özelliklerinin tespiti amaçlanırken, formun ikinci kısmıyla katılımcıların doğum yöntemleri ve doğum sürecine ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Alanda anket uygulaması sonucu elde edilen veri seti SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Analiz kapsamında, pasta ve çubuk grafikler, frekans analizi, çapraz tablolar ve ki kare testinden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde genel olarak nominal (sınıflayıcı) lek kullanılmış ve hipotezlerin testi için ki kare yönteminin uygun olacağı kararına varılmış ve anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ alınmıştır.

3.BULGULAR

Tablo 3.1.Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Tabloları

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
YAŞ		
15-19	13	12,9
20-24	31	30,7
25-29	37	36,6
30-34	10	9,9
35 ve üzeri	10	9,9
TOPLAM	101	100,0
İLK EVLENME YAŞI		
15-19	40	39,6
20-24	38	37,6
25-29	18	17,8
30 ve üzeri	5	5,0
TOPLAM	101	100,0
EĞİTİM		
Okuryazar değil	9	8,9
Okuryazar	5	5,0
İlkokul	57	56,4
Ortaokul	15	14,9
Lise	6	5,9
Üniversite	9	8,9
TOPLAM	101	100,0
MESLEK		
Ev hanımı	96	95,0
Ebe	3	3,0
Hemşire	2	2,0
TOPLAM	101	100,0

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu 25-29 yaş arasında (%36,6), ilkokul mezunu (%56,4) ve ev hanımı (%95). Tablo 3.1

Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Tabloları (Devamı)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
GEBELİK SAYISI		
1	37	36,6
2	22	21,8
3	12	11,9
4 ve daha fazla	30	29,7
TOPLAM	101	100,0
İLK GEBELİK YAŞI		
<18	32	31,7
19-22	32	31,7
23-25	24	23,8
26-29	10	9,9
30 ve üzeri	3	3,0
TOPLAM	101	100,0
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI		
Yok	5	5,0
1	37	36,6
2	27	26,7
3	12	11,9
4	11	10,9
5	5	5,0
6 ve üzeri	4	4,0
TOPLAM	101	100,0

Araştırmaya katılan kadınların %36,6' sının gebelik sayısı 1, ilk gebelik yaşı <18-22 arasında (%31.7) ve %36,6' sı 1 çocuğa sahip. Tablo3.1

Tablo 3.2. Katılımcı Eşlerinin Özellikleri ve Aile Durumu İlişkin Frekans Tablosu

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
EŞİN EĞİTİMİ		
Okuryazar değil	3	3,0
İlkokul	48	47,5
Ortaokul	23	22,8
Lise	19	18,8
Üniversite	8	7,9
TOPLAM	101	100,0
EŞİN MESLEĞİ		
İşçi	45	44,6
Serbest meslek	43	42,6
Sağlık memuru	4	4,0
Doktor	2	2,0
Memur	7	6,9
TOPLAM	101	100,0
EŞ İLE AKRABALIK DURUMU		
Hayır	77	76,2
Evet	24	23,8
TOPLAM	101	100,0
AYLIK GELİR		
<499 TL	11	12,1
500-1000 TL	62	68,1
1001-1500 TL	8	8,8
1501 ve üzeri	10	11,0
TOPLAM	91	100,0
SOSYAL GÜVENÇE		
Yok	20	19,8
Var	81	80,2
TOPLAM	101	100,0

Araştırmaya katılan kadınların eş ve aile özelliklerine bakıldığında büyük bir çoğunluğu sosyal güvencesi mevcut (%80,2). %23,8'i Akraba evliliği yapmış.

Tablo 3.3. Katılımcıların Son Gebeliğine ve Doğumuna Ait Özelliklerine İlişkin Frekans Tablosu

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
GEBELİĞİN OLUŞ ŞEKLİ		
Kendiliğinden	95	94,1
İlaç tedavisiyle	6	5,9
TOPLAM	101	100,0
GEBELİKTE TAKİP EDİLME SAYISI		
<2	2	2,0
3-5	22	21,8
6-8	34	33,7
9-11	26	25,7
12 ve daha fazla	17	16,8
TOPLAM	101	100,0
GEBELİK TAKİPLERİNİN YAPILDIĞI YER		
Sağlık ocağı	30	29,7
Devlet hastanesi	34	33,7
Özel hastane	35	34,7
Tıp fakültesi	2	2,0
TOPLAM	101	100,0
GEBELİKTE PROBLEM YAŞANDI MI?		
Evet	24	23,8
Hayır	77	76,2
TOPLAM	101	100,0
GEBELİKTE YAŞANAN PROBLEM		
Hiperemesis	6	25,0
Düşük tehdidi	8	33,3
Erken doğum tehdidi	2	8,3
Tansiyon yükselmesi	5	20,8
Cerrahi operasyon geçirme	1	4,2
Bel ağrısı	1	4,2
Hipotansiyon	1	4,2
TOPLAM	24	100,0

Araştırmaya katılan kadınların % 95'i herhangi bir tedavi almadan gebe kalmış, %24'ü gebeliğinde problem yaşadığını ifade etmiş ve bu problem %33,3 ile düşük tehditidir.

Tablo 3.3. Katılımcıların Son Gebeliğine ve Doğumuna Ait Özelliklerine İlişkin Frekans Tablosu (Devamı)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
DOĞUM YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMA		
YOK	39	38,6
VAR	62	61,4
TOPLAM	101	100,0
AĞRISIZ DOĞUM YÖNTEMİ HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMA		
Evet	23	22,8
HAYIR	78	77,2
TOPLAM	101	100,0
SON DOĞUM ŞEKLİ		
Normal doğum	64	63,4
Suni sancı ile normal doğum	9	8,9
Sezaryen ile doğum	28	27,7
TOPLAM	101	100,0
NORMAL DOĞUM TERCİH SEBEBİ		
Doğum sonrası sezaryene göre daha iyi	6	8,2
Doktor tavsiyesi	17	23,3
Sağlıklı bir yöntem olması	46	63,0
İlk doğumun normal doğum olması	4	5,5
TOPLAM	73	100,0
SEZARYEN DOĞUM TERCİH SEBEBİ		
Kendi tercihim ve kendi isteğim	12	42,9
Yetersiz sancı	5	17,9
Bebekte problem yaşandı	6	21,4
Kendime ait problemler (kalp hastalığı, diyabet vb.)	5	17,9
TOPLAM	28	100,0
DOĞUMDA YAŞANAN PROBLEM		
Suyun erken gelmesi	3	16,7
Bebekte problem yaşanması	2	11,1
Yetersiz sancı	5	27,8
Kanamamanın olması	4	22,2
Kordon dolanması	1	5,6
Su azlığı	3	16,7
TOPLAM	18	100,0
DOĞUM SONRASI DÜŞÜNCELER		
İyi- rahatlamış	56	55,4
İyi hissetmedim- yorgun	45	44,6
TOPLAM	101	100,0

Tablo 3.4. Katılımcıların Normal Doğum ve Sezaryen İle Doğum Hakkındaki Düşüncelerine İlişkin Frekans Tablosu

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
NORMAL DOĞUM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELER		
Rahat	29	28,7
Bilmiyorum	9	8,9
Ağrılı – korkuyorum	61	60,4
Sağlıklı ve doğal olduğunu düşünüyorum	2	2,0
TOPLAM	101	100,0
SEZARYEN DOĞUM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELER		
Normal doğumdan daha iyi	14	13,9
Bilmiyorum	31	30,7
Ameliyat süreci korkutucu- ağrılı	47	46,5
Doğum sonrası kilo vermenin güçlüğü	3	3,0
İyi	3	3,0
Kötü	3	3,0
TOPLAM	101	100,0

Katılımcıların normal doğum hakkındaki düşünceleri incelendiğinde %60,4'ü normal doğumun ağrılı ve korku verici olduğunu belirtmiş, sezaryen doğum hakkındaki düşünceleri incelendiğinde de %46,7 gibi büyük bir kısmı ameliyat sürecinin ağrılı ve korku verici olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.5. Katılımcıların Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Düşüncelerine İlişkin Frekans Tablosu

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
TEKRAR GEBE KALMAYI DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?		
Evet	45	45,9
Hayır	53	54,1
TOPLAM	98	100,0
TEKRAR NORMAL DOĞUM YAPMAYI İSTER MİSİNİZ?		
Evet	54	74,0
Hayır	19	26,0
TOPLAM	73	100,0
TEKRAR NORMAL DOĞUM İSTEME NEDENİ		
Sezaryene göre daha sağlıklı	24	44,4
Doğum sonrası daha iyi hissediyorum	30	55,6
TOPLAM	54	100,0
TEKRAR SEZARYEN OLMAYI İSTER MİSİNİZ?		
Evet	10	35,7
Hayır	18	64,3
TOPLAM	28	100,0
TEKRAR SEZARYEN İSTEME NEDENİ		
Normal doğuma göre daha rahat	5	50,0
Önceki sezaryen doğum problem çıkmaması	5	50,0
TOPLAM	10	100,0

Katılımcıların %54,1'i tekrar gebe kalmayı düşündüklerini belirtirken, %45,9'u ise tekrar gebe kalmak istemediklerini ifade etmiştir.

Önceki gebeliklerinde sezaryen doğumu tercih eden katılımcıların %64,3'ü bu yöntemi tekrar tercih etmeyeceklerini belirtmişlerdir.

3.3. Karşılaştırmalar ve hipotez testleri

3.3.1 Öğrenim Düzeyi İle Tercih Edilen Doğum Yönteminin Karşılaştırılması

Tablo 3.6. Öğrenim Düzeyi ve Doğum Şekli Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ						X ²	P
	Normal doğum		Sezaryen ile doğum		Toplam			
	N	%	N	%	n	%		
EĞİTİM								
Okuryazar Değil	6	66,7	3	33,3	9	100,0		
Okuryazar	4	80,0	1	20,0	5	100,0		
İlkokul	41	71,9	16	28,1	57	100,0	4,968	0,420
Ortaokul	9	60,0	6	40,0	15	100,0		
Lise	4	66,7	2	33,3	6	100,0		
Üniversite	9	100,0	0	0	9	100,0		
TOPLAM	73	72,3	28	27,7	101	100,0		

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 4,968 ve anlamlılık değeri $p = 0,420$ olarak hesaplanmıştır. ($p > 0,05$). Bu durumda H_0 hipotezi kabul edilir. Yani kişinin eğitim düzeyi doğum yöntemi tercihini etkilememektedir sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$)

3.3.2 Yaş İle Tercih Edilen Doğum Yönteminin Karşılaştırılması

Tablo 3.7 Yaş ve Doğum Şekli Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ						X ²	P
	Normal doğum		Sezaryen ile doğum		Toplam			
	n	(%)	N	(%)	n	(%)		
YAŞ								
15-19	8	61,5	5	38,5	13	100,0		
20-24	23	74,2	8	25,8	31	100,0		
25-29	30	81,1	7	18,9	37	100,0	4,739	0,315
30-34	7	70,0	3	30,0	10	100,0		
35 ve üzeri	5	50,0	5	50,0	10	100,0		
TOPLAM	73	72,3	28	27,7	101	100,0		

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 4,739 ve anlamlılık değeri $p = 0,315$ olarak hesaplanmıştır. ($p > 0,05$). Bu durumda H_0 hipotezi kabul edilir. Yani kişinin yaşı doğum yöntemi tercihini etkilememektedir sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$)

3.3.3 Gebelikte Problem Yaşayıp Yaşamama İle Tercih Edilen Doğum Yönteminin Karşılaştırılması

Tablo 3.8 Gebelikte Problem ve Doğum Şekli Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ				Toplam	X ²	P
	Normal doğum n (%)	Sezaryen ile doğum N (%)	n	(%)			
GEBELİKTE PROBLEM YAŞAMA							
Hayır	57 74,0	20 26,0	77	100,0			
Evet	16 66,7	8 33,3	24	100,0	0,495	0,482	
TOPLAM	73 70,35	28 29,65	101	100,0			

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 0,495 ve anlamlılık değeri $p = 0,482$ olarak hesaplanmıştır. ($p > 0,05$). Yani kişinin gebelikte problem yaşayıp yaşamaması doğum yöntemi tercihini etkilememektedir sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$)

Gebelik sürecinde problem yaşayan kişilerin sezeryan doğum tercih etme oranı problem yaşamayanlara göre daha yüksek olmasına karşın bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

3.3.4 Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Normal Doğuma İlişkin Düşüncelerin Karşılaştırılması

Tablo 3.9 Doğum Şekli ve Normal Doğum Düşüncesi Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ				Toplam	χ^2	P
	Normal doğum		Sezaryen ile doğum				
	n	(%)	N	(%)	N	(%)	
NORMAL DOĞUM DÜŞÜNCE							
Rahat	22	30,1	7	25,0	29	27,55	
Bilmiyorum	1	1,4	8	28,6	9	15,0	
Ağrılı-korkuyorum	48	65,8	13	46,4	61	56,1	19,000 0,000
Sağlıklı ve doğal olduğu düşünüyorum	2	2,7	0	0	2	1,35	
TOPLAM	73	100,0	28	100,0	101	100,0	

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 19,009 ve anlamlılık değeri $p = 0,000$ olarak hesaplanmıştır. ($p < 0,05$). Yani kişinin tercih ettiği doğum yöntemi ile normal doğuma ilişkin düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$)

Çapraz tablo incelendiğinde normal doğuma ilişkin bilgin yok yanıtını verenlerin genel olarak sezeryan yöntemi ile doğum yapanlar olduğu görülmektedir. Ayrıca normal doğum yöntemini tercih edenlerin % 65,8'i normal doğumu korku verici ve ağrılı bulurken, normal doğuma yönelik düşüncelere ilişkin bu oran sezeryan yöntemini tercih edenlerde daha düşüktür. Bunun yanında sezeryan yöntemini tercih edenler içerisinde, normal doğumun daha sağlıklı ve doğal olduğunu düşünen kimse bulunmamaktadır.

3.3.5 Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Sezeryan Doğuma İlişkin Düşüncelerin Karşılaştırılması

Tablo 3.10 Doğum Şekli ve Sezeryan Doğum Düşüncesi Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ				Toplam	X ²	P
	Normal doğum		Sezaryen ile doğum				
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
SEZARYEN DOĞUM DÜŞÜNCE							
Normal doğumdan daha iyi	6	8,2	8	28,6	14	18,4	
Bilmiyorum	27	37,0	4	14,3	31	25,65	
Ağrılı-korkutucu	35	47,9	12	42,9	47	45,4	19,000 0,000
Kilo vermenin güçlüğü	3	4,1	0	0	3	2,05	
İyi	2	2,7	1	3,6	3	3,15	
Kötü	0	0	3	10,7	3	5,35	
TOPLAM	73	100,0	28	100,0	101	100,0	

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 18,577 ve anlamlılık değeri $p = 0,002$ olarak hesaplanmıştır. ($p < 0,05$). Yani kişinin tercih ettiği doğum yöntemi ile sezeryan doğuma ilişkin düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$)

Çapraz tablo incelendiğinde sezeryan doğuma ilişkin bilgim yok yanıtını verenlerin genel olarak normal yöntemi ile doğum yapanlar olduğu görülmektedir. Ayrıca normal doğum yöntemini tercih edenlerin % 8,2'si sezeryan yöntemini normal doğumdan daha iyi bulurken, sezeryan doğuma yönelik düşüncelere ilişkin bu oran sezeryan yöntemini tercih edenlerde %28,6'dır.

3.3.6 Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Doğum Tercihinin Kim Tarafından Yapıldığının Karşılaştırılması

Tablo 3.11 Doğum Tercihine Ait ve Doğum Şekli Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ				Toplam		X²	P
	Normal doğum		Sezaryen ile doğum		N	(%)		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
DOĞUM TERCİHİ								
KİME AİT								
Kendime	10	83,3	2	16,7	12	100		
Eşime	3	100,0	0	0	3	100		
Eşime								
Aileme, eşime, bana	5	71,4	2	28,6	7	100	20,041	0,000
Doktora	23	51,1	22	48,9	45	100		
Doktora ve bana	32	94,1	2	5,9	34			
TOPLAM	73	79,98	28	20,02	101	100		

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 20,041 ve anlamlılık değeri $p = 0,000$ olarak hesaplanmıştır. ($p < 0,05$). Yani doğum tercihini yapan kişi ile tercih edilen doğum yöntemi arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$) Danışılan kişi ve tercih edilen doğum şekli incelendiğinde doktor tavsiyesi ile doğum yöntemi tercihi yapan kişilerde sezaryen yöntemini tercih etme oranı diğerlerine göre daha yüksektir.

3.3.7 Bir Önceki Gebelikte Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Bir Sonraki Gebelikte Aynı Yöntemi Kullanmayı İstemenin Karşılaştırılması

Tablo 3.12 Doğum Şekli ve Tekrar Aynı Yöntemi Kullanmayı İster Misiniz Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ		Sezaryen ile doğum		Toplam		X ²	P
	Normal doğum		N	(%)	n	(%)		
	N	(%)	N	(%)	n	(%)		
TEKRAR AYNI DOĞUM YÖNTEMİNİ İSTER MİSİNİZ?								
Hayır	19	26,0	18	64,3	37	45,15		
Evet	54	74,0	10	35,7	64	54,85	12,761	0,000
TOPLAM	73	100,0	28	100,0	101	100		

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 12,761 ve anlamlılık değeri $p = 0,000$ olarak hesaplanmıştır. ($p < 0,05$. Yani tercih edilen doğum yöntemi ile bir sonraki gebelikte aynı yöntemin tercih edilip edilmemesi arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$))

Çapraz tablo incelendiğinde normal doğumu tercih edenlerin bir sonraki gebelikte aynı yöntemi tercih etme oranı, sezeryan yöntemini tercih edenlere göre daha yüksektir.

Bir başka ifade ile sezeryan yöntemini tercih eden kişilerin büyük kısmı bir sonraki gebelikte normal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

3.3.8 Önceki Gebelikte Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Doğum Sonrası Sürece İlişkin Düşüncelerin Karşılaştırılması

Tablo 3.13 Doğum Şekli ve Doğum Sonrası Kendinizi Nasıl Hissettiniz Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ		Sezaryen ile doğum		Toplam		X ²	P
	Normal doğum n	(%)	N	(%)	n	(%)		
Doğum sonrası kendinizi nasıl hissettiniz?								
İyi-rahatlamış	46	63,0	10	35,7	56	49,35		
İyi hissetmedim-yorgun	27	37,0	18	64,3	45	50,65	6,105	0,013
TOPLAM	73	100,0	28	100,0	101	100		

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 6,105 ve anlamlılık değeri $p = 0,013$ olarak hesaplanmıştır. ($p < 0,05$). Yani tercih edilen doğum yöntemi ile doğum sonrası sürece ilişkin düşünceler arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$)

Çapraz tablo incelendiğinde normal doğumu tercih edenlerin genel olarak doğum sonrası kendilerini iyi-rahatlamış hissettikleri görülürken, sezeryan doğum yapanların genel olarak iyi hissetmedikleri ve yorgun oldukları görülmektedir.

3.3.9 Önceki Gebelikte Tercih Edilen Doğum Yöntemi İle Tekrar Gebe Kalmayı İsteyip İstememenin Karşılaştırılması

Tablo 3.14. Doğum Şekli ve Tekrar Gebe Kalmayı Düşünüyor Musunuz? Çapraz Tablosu

	DOĞUM ŞEKLİ		Sezaryen ile doğum		Toplam		χ^2	P
	Normal doğum		N	(%)	n	(%)		
	n	(%)						
TEKRAR GEBE KALMAYI DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?								
Hayır	33	47,1	20	71,4	53	59,25		
Evet	37	52,9	8	28,6	45	40,75	4,750	0,029
TOPLAM	70	100,0	28	100,0	98	100		

Yapılan ki kare testi sonucunda ki kare değeri 4,750 ve anlamlılık değeri $p = 0,029$ olarak hesaplanmıştır. ($p < 0,05$). Yani tercih edilen doğum yöntemi ile tekrar gebe kalmayı isteyip istememe arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılır. ($\alpha = 0,05$)

Normal doğumu tercih edenlerin %52,9'u tekrar gebe kalmayı düşünürken, sezeryan doğumu tercih edenlerde bu oran yalnızca %28,6'dır.

4.TARTIŞMA

Gaziantep İli Nizip İlçesinde bulunan Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan normal doğum ve sezeryan doğum yapan kadınların, erken postpartum dönemde bir sonraki gebelik ve doğum hakkındaki duygu ve düşüncelerini belirlemek amacıyla 101 kadın üzerinde anket çalışması yapılmıştır. Çalışmamızda yer alan 101 kadının % 63,4' ü normal doğumu, % 8,9' u suni sancı ile normal doğumu ve % 27,7' si ise sezaryen ile doğumu tercih etmiştir. Bu konu ile ilgili literatür tarandığında sezaryen doğum tercih oranı % 3-48 arasında bildirilmektedir(Bettes BA. et al. 2007).

Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar tek tek değerlendirildiğinde ise doğum şekli tercihinde belirgin bölgesel farklılıklar göze çarpmaktadır. Türkiye de 314 gebe ile yapılan bir anket çalışmasında (Yaşar Ö. ,2006) gebelerin %22.6'sı sezaryen doğumu tercih etmiştir. Chong ve ark.'nın çalışmasında ise sezaryen isteği oranı Singapur'da sadece %3.7 olarak tespit edilmiş. İngiltere ve kuzey İrlanda da ise sezaryen isteği oranı % 7 olarak bildirilmiştir(Penna L, Arulkumaran S ,2003). Latin Amerika ülkelerinde bu oran daha yüksek olarak bildirilmiştir, örneğin Şili'de sezaryen isteği oranı %40'tır(Konakçı S., Kılıç B. ,2004). Bir başka çalışmada (Lilford RJ. et al ,1990) Brezilyada sezaryen isteği oranı %36 ve özel hastanelerde ki sezaryen oranı %80-90 olarak oldukça yüksek bildirilmiştir. Görüldüğü gibi doğum şekli tercihinde bölgeler arasında belirgin farklar vardır. Irk, etnik köken, kıta farkları, ülkelerin sağlık politikaları gibi sebepler bu farklılığın sebepleridir.

Yapmış olduğumuz çalışmada, sezeryan doğum yöntemini tercih eden katılımcıların %42,9'luk gibi büyük bir çoğunluğunun bu yöntemin kendi tercihi ve kendi isteği olduğu görülmektedir. Sezeryan tercihi sebebi bakımından ikinci sırada ise % 21,4'lük oranla bebekte problem yaşanması yer almaktadır.

Hildgonsson ve arkadaşlarının (Hildingsson I., Radestad I., Rubertsson C. et al. ,2002) İsveç'te ki çalışmasında eğitim düzeyi düşük kadınların sezaryeni tercih ettiği bulunmuş, bir başka çalışmada, ülkemizde İzmir'de Konakçı ve arkadaşlarının

(Konakçı S., Kılıç B. ,2004) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek kadınların sezaryen oranı yüksek saptanmış, araştırmamızda ise eğitim düzeyinin doğum tercihi yöntemi seçimini etkilemediği sonucuna varılmıştır. Hılgonsson ve arkadaşlarının araştırma sonucu ve Konakçı ve arkadaşlarının İzmir’de yaptığı araştırmanın sonucu bizim yapmış olduğumuz araştırma ile zıtlık göstermektedir. Bu sonucun sebebi araştırmamıza katılan kadınların büyük bir çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ülkemizde doktorların doğum şekli tercihleri ve yaklaşımları ile ilgili yeterli kaynak bulunmamakla birlikte 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi katkılarıyla hazırlanan sağlık raporunda (TNSA) doktorlar tarafından takip edilen gebelerde sezaryen oranı ebeler tarafından takip edilen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum şu şekilde açıklanabilir. Doktorlar ya hastaları daha fazla sezaryene yönlendirmektedir ya da takip ettikleri gebelerde tıbbi problemler daha fazla ortaya çıkmaktadır bu nedenle sezaryen oranı artmaktadır.

Araştırmamızda birinci sırada normal doğum yöntemini tercih eden katılımcıların %63'lük gibi büyük bir çoğunluğunun bu yöntemin sağlıklı olduğunu düşündükleri görülmektedir. Doktor tarafından takip edilen gebelerde özellikle artmış bir sezaryen tercihi söz konusu değildir. Tam tersine normal doğumu tercih etme sebebi olarak doktor tavsiyesi %23,3 'lük oranla yer almaktadır.

Quinlivan ve arkadaşlarının araştırmasında (Quinlivan J., Peterson R., Nichols C. ,1999) sezaryen doğumun en sık sebepleri arasında fetal distres, ilerlemeyen doğum eylemi yer almaktadır. Özkaya'nın (Özkaya O. ,2005) Isparta'da yaptığı çalışmada başlıca sezaryen endikasyonları akut fetal distres, eski sezaryen vakaları, baş pelvis uygunsuzluğu ile ilk üç sırada yer almaktadır. Erkaya ve arkadaşlarının (Erkaya S., Kutlar İ., Kara F. ve ark. ,1999) araştırmada ise sezaryen sebebi olarak eski sezaryen vakaları, distosi, fetal distres ilk üç sıradadır. Araştırmamızda ise sezaryen tercih sebebi olarak ilk üç sırada kişinin kendi isteği, gebeliğin durumuna göre sezaryen ile doğum kararı alınması üzerine doktor tavsiyesi ve kişide bulunan

kronik hastalıkların olması yer almaktadır. Elde ettiğimiz bilgiler hastaların kendilerinin ifade ettiği sebeplerdir ve subjektif verilerdir.

Donati ve arkadaşlarının araştırmasında bir sonra ki doğum şekli tercihi incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların %90'ı bir sonra ki doğumda tekrar vajinal doğumu istemiş, sezaryen olanların ise %77'si bir sonra ki doğumda vajinal doğum istemiştir(Donati S. et al. ,2002). İsveç'te ki kadınlarında %93'ü vajinal doğumu tercih etmiştir(Gonen R. et al. ,2002). Ülkemizde Balcı ve arkadaşlarının çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %75,6'sı bir sonra ki doğum şekli tercihinin vajinal doğumdan yana kullanmış, sezaryen olanların ise %9,5'i bir sonra ki doğum şeklinin vajinal doğum olmasını istediklerini söylemiştir. Araştırmamızda vajinal doğum yapan kadınların bir sonra ki doğum şeklinde vajinal doğumu tercih etme oranı %74, sezaryen olanlarında bir sonra ki doğumda vajinal doğumu tercih etme oranı %64,3' dür. Çalışmamızda çıkan normal doğumu tercih etme oranı yurt dışında yayınlanan çalışmalarla benzer Türkiye'deki çalışmalarla zıtlık arz etmektedir.

Hopkins'in çalışmasında kadınların çoğunun normal doğumu tercih ettiği ve normal doğumu sezaryen doğuma oranla daha üstün buldukları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da kadınların normal doğumu sezaryen ile doğuma oranla daha sağlıklı bir yöntem olduğu ve doğum sonrası kendini daha iyi hissetmek açısından da üstün gördüğü saptanmıştır. Bu sonuçla da çalışmamız Hopkins'in çalışması ile benzerdir(Hopkins K. 2002).

Dr. Erdoğan Bektaş'ın 2008 yılında yapmış olduğu uzmanlık tezinde olguların yaş gruplarına göre doğum tercihi açısından incelendiğinde; 15-24 yaş arası gebelerin %10,2'si sezaryen isterken, 34 yaş ve üzeri gebelerin %29'u sezaryen istemektedir(Bektaş E. ,2008). Yaş arttıkça sezaryen isteği de artmaktadır (p< 0.05) sonucuna varılmış. Yapmış olduğumuz çalışmada ise yaşın doğum tercihi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Bizim sonucumuz Dr. Erdoğan Bektaş'ın çalışmasında elde edilen sonuçla zıtlık arz etmektedir. Bunun nedeni araştırmamızda yer alan kadınların ileri yaşlarda yapmış doğum sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda tercih edilen doğum yöntemi ile tekrar gebe kalmayı isteyip istememe arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılmıştır ($\alpha= 0,05$). Normal doğumu tercih edenlerin %52,9'u tekrar gebe kalmayı düşünürken, sezeryan doğumu tercih edenlerde bu oran yalnızca %28,6'dır. Sezaryen ile doğum yapanların doğum sonrası kendilerini genel olarak iyi hissetmedikleri ve yorgun oldukları ifade etmeleri ve doğum sonrası yaşanan olumsuz durumların bir sonraki gebeliği planmada etkili olduğu sonucuna varılmaktadır.

Çalışmamızda kadınların doğum yöntemleri hakkında bilgilerinin olup olmadığı sorulmuş ve %38,6 'sı bilgilerinin olmadığını, %61,4'ü bilgilerinin olduğunu ifade etmiştir. Bilgisi olan kişilerinde daha önce yapmış oldukları yöntem hakkındaki bilgilerinin deneyime dayalı olduğu gözlenmiştir. Kadınlara doğum yöntemleri hakkında yeterli bilginin verilmesi ile daha bilinçli olacakları doğuma ve doğum sonrası döneme daha iyi adapte olacakları düşünülmüştür. Doğum şeklinin karar verilmesinde de bu durum çok önemlidir. Hastalar normal doğumun faydaları konusunda bilgilendirildiklerinde ve doğuma daha iyi hazırlandıklarında normal doğum daha fazla tercih edilecektir.

Çalışmamıza katılan normal doğum yapan kadınların %63'ü doğum sonrası kendilerini iyi ve rahatlamış olarak ifade ederken sezaryen doğum yapan kadınların ise %64'3 ü gibi büyük bir kesim doğum sonrası kendilerini iyi hissetmediğini ve yorgun olduklarını ifade etmişlerdir. Normal doğum yapan kadınlar doğum sonrası döneme daha çabuk adapte olduklarını ve bebeklerinin bakımlarını hemen üstlendikleri için doğum sonrası kendilerini daha iyi ve rahat hissettiklerini, sezaryen doğum yapanlar ise anestezinin etkisinin geçip rahat hareket edene kadar kendilerini iyi hissetmediklerini ve yorgun olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca geçirilen cerrahi operasyona bağlı oluşan sezaryen sonrası ağrılar hastanın kötü olmasına neden olacak diğer faktörlerdir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmamızda yer alan 101 kadının % 63,4' ü normal doğum, % 8,9' u suni sancı ile normal doğum ve % 27,7' si ise sezeryan ile doğumu tercih etmiştir.
2. Kişinin eğitim düzeyinin, yaşının doğum yöntemi tercihini etkilemediği sonucuna varılmıştır.
3. Kişinin gebelik sürecinde problem yaşayıp yaşamaması doğum yöntemi tercihini etkilememektedir sonucuna varılmıştır. Gebelik sürecinde problem yaşayan kişilerin sezeryan doğumu tercih etme oranı problem yaşamayanlara göre yüksek olmasına karşın bu fark istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmemiştir.
4. Normal doğum hakkında bilgin yok yanıtını verenlerin genel olarak sezeryan ile doğum yapanlar olduğu görülmüştür. Ayrıca normal doğum yöntemini tercih edenlerin %65,8'i normal doğumu korku verici ve ağrılı bulurken, normal doğuma yönelik düşüncelere ilişkin bu oran sezeryan yöntemini tercih edenlerde daha düşük olduğu saptanmıştır.
5. Sezeryana ilişkin bilgin yok yanıtını verenlerin genel olarak normal doğum yapanlar olduğu görülmüştür. Normal doğum yapanların %8,2' si sezeryan yöntemini normal doğumdan daha iyi olduğunu ifade ettikleri görülmüştür.
6. Doğum tercihini yapan kişi ile tercih edilen doğum yöntemi arasında anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varılmıştır. Danışılan kişi ve tercih edilen doğum şekli incelendiğinde doktor tavsiyesi ile doğum yöntemi tercihi yapan kişilerde, sezeryan yöntemini tercih etme oranı diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
7. Normal doğumu tercih edenlerin bir sonraki gebelikte aynı yöntemi tercih etme oranı, sezeryan yöntemini tercih edenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
8. Sezeryan yöntemini tercih eden kişilerin büyük bir kısmı bir sonraki gebelikte normal doğumu tercih edecekleri belirlenmiştir.
9. Normal doğumu tercih edenlerin genel olarak doğum sonrası kendilerini iyi-rahatlamış hissettikleri ifade ederken, sezeryan ile doğum yapanların genel olarak iyi hissetmediklerini ve yorgun olduklarını ifade ettikleri görülmüştür.

10. Tercih edilen doğum yöntemi ile tekrar gebe kalmayı isteyip istememe arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
11. Normal doğumu tercih edenlerin %52,9'u tekrar gebe kalmayı düşünürken, sezeryan ile doğumu tercih edenlerde bu oran %28,6 olarak saptanmıştır.
12. Araştırmaya katılanların normal doğum, sezeryan ile doğum ve ağrısız doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür.

Gebelere doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönem hakkında bilgi ve danışmanlık hizmeti vererek kişilerin daha da bilinçleneceği ve kişinin doğuma katkı sağlayabileceği gibi doğum sonrası döneme daha rahat adapte olabileceği kanaatindeyiz. Katılımcıların doğum ve doğum sonrası dönemde yaşadıkları ağrının, bilgi yetersizliğinin ve deneyimsizliğinin bir sonraki gebeliği ve doğum yöntemi tercihini etkileyebileceği sonucuna varılmıştır. Ayrıca doğum yöntemleri hakkında bilgi ve danışmanlık hizmeti verilmesinin ağrı ve bilgi eksikliği nedeniyle sezeryan ile doğum yöntemi tercihleri önlenebileceği düşünülmektedir.

ÖZET

Gaziantep Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Normal Doğum ve Sezeryan ile Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşünceleri

Bu tezde normal doğum ve sezeryan doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde bir sonraki gebelik ve doğum hakkındaki duygu ve düşüncelerinin irdelenmesi ve elde edilen bulguların ortaya konması amaçlanmıştır. Doğum sonrası 2. ile 7. günler arasında bulunan 101 kadın ele alınmış ve yüz yüze görüşülerek anket çalışması yapılmıştır. Çalışmamızda yer alan 101 kadının doğum şekline baktığımızda %63,4'ünün normal doğum , %8,9'unun suni sancı ile normal doğum ve %27,7'sinin sezeryan ile doğum yaptığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda normal doğum yapan kadınların %74'ü tekrar normal doğumu tercih edeceklerini belirtirken sezeryan doğum yapan kadınlarında %64,3'ü gibi büyük bir kısmın tekrar sezeryan doğumu tercih etmeyeceklerini belirtmişler ve doğum sonrası dönemin normal doğum yapanlarda daha rahat olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların doğum ve doğum sonrası dönemde yaşadıkları ağrının, bilgi yetersizliğinin ve deneyimsizliğin bir sonraki gebeliği ve doğum yöntemi tercihini etkileyebileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Normal doğum, sezeryan, erken postpartum dönem, gebelik, duygular.

SUMMARY

Feelings About Pregnancy İn Future, Deliveried Normal Vaginally And Ceserian Section, İn Early Postpartum Period Who Lives İn Gaziantep- Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Area

In this thesis, it is purposed that exploring the feelings and the ideas of the women, who deliveried normal vaginally and ceserian section, in early postpartum period, about the next pregnancy and natal and presenting the obtained evidences. It is handled one hundred women who are between the second and seventh day after birth and the survey is done with these women face to face. When we look the birth type of our 100 women, it is determined that %63,4 of them is normal vaginally, %8,9 of them is normal vaginally with artificial pain and %27,7 of them is ceserian. In our research, %74 of the women who deliveried normal vaginally indicate that they will prefer normal vaginally natal again. %64,3 of the women who deliveried ceserian indicate that they will not prefer ceserian natal again and express that post-natal period is more comfortable for normal vaginally natal. It is concluded that natal and post-natal period pain, lack of the information and inexperience of participants may affect the next pregnancy and the choice of birth method.

Key Words : Normal vaginally natal, ceserian, early postpartum period, pregnancy, feelings.

KAYNAKLAR

- AKIN A., ÖZVARIŞ SB. (2002) Türkiye' de Doğum ve Doğum Sonrası Bakım.Ed. AKIN A., İn ; *Türkiye' de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler*. TNSA-1998 İleri Analiz Sonuçları, Ankara, 243-293
- ALTUĞ K. (2002) Doğum sonu Dönemde Anneler İle Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncelikleri Yüksek Lisans Tezi ,Konya, 7.
- APPLETON B, TARGETT C, RASMUSSEN M, READMAN E, SALE F, PERMEZEL M. (2000) Vaginal birth after cesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynecol* ; 40: 87-91
- AVŞAR FA., (2001) Elektif sezeryan, *T Klin Jinekoloj Obst*, 11:401- 2
- BALCI E., GÜN İ., ÖZÇELİK B. (2005) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Sevk Ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu; *Sağlık Bilimleri Dergisi(Journal Of Health Sciences)* 14(2): 91-96.
- BEN- MEİR A., SCHENKER JG., EZRA Y., Cesarean section upon request; is it appropriate for everybody? Department of Obstetric& Gynecology, Hadasooh Hebrew University Medical Center, Ein Kerem, Jerusalem, İsrail
- BERGHOLT T, STENDERUP JK, VEDSTED-JAKOBSEN A, HELM P, LENSTRUP C. (2003) Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 82(3): 251-256
- BETTES BA, COLEMAN VH, ZİNBERG S, SPONG CY, PORTNOY B, DEVOTO E, SCHULKİN J: Cesarean delivery on maternal request. *Obstetric Gynecol* 2007; 109; 57-66.
- BRACERO LA, SCHİLLMAN H, BAXİ LV. (1986) Fetal hearth rate characteristics that confidence in the diagnosis of fetal well-being. *Clinical Obstet Gynecol*; 29: 3-11
- BROWN CEL, STETTLER RW, TWİCKLER D, CUNNINGHAM FG. (1999) Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol*: 181; 143
- BULLETİN of THE WORLD HEALT ORGANİZATİON (2001). 79(12):1173
- CANBAZ S, SÜNTER T, SÜREN C. ve ark. (2005) Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik Ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 6:39-44
- CARLEY ME, TURNER RJ, SCOTT DE, ALEXANDER JM. (1999) Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*; 6: 85-89
- CHOM BERLAİN G., HAMILTON D- FAIRLEY. (2005) Sezaryen, İn: *Obstetrik ve Jinekoloji*. Nobel Kitabevi, 208-209
- COŞKUN A., KARANİSOĞLU H. (1997) Normal Doğum Eylemi ve Hemşirelik Bakımı. İn; *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.II. Baskı*, Web Ofset, 280-282
- ÇİÇEK MN, AKYÜREK C, ÇETİN Ç, HABERAL A: Normal doğum: *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı 2006 sy:217- 237
- CUNNINGHAM FG, GANT NF, LEVENO KJ, GİLSTRAP LC, HAUTH JC, WENSTROM KD. (2005) Epizyotomi ve Onarım. İn: *Williams Doğum Bilgisi*.: 325-329

- DE CHERNEY AH, NATHAN L. (2003) Cesarean section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment: 518-529
- DONATİ S., GRANDOLFO ME., ANDREOZZİ S., (2003) Do Italian Mothers Prefer Cesarean Delivery? *Birth*, 30(2):89-93.
- DUNN LJ. (1986) Cesarean Section and Other Obstetric Operations. In: Danforth DN, Scott JR(eds). *Obstetrics & Gynecology*, Philadelphia: JB Lippincott Company ; 737-754
- DYSTOSİA , (2002) *Hacettepe Kadın Doğum Ders Notları*, 3. Baskı, Aydın Kitabevi, 63-72
- ENGOREN M. (1995) Lack of association between atelectasis and fever. *Chest* ; 7: 81-84
- ERDEMOĞLU M, KALE A, AKDENİZ N. (2006) Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi* . 33; 4: 227-230
- ERKAYA S., KUTLAR İ., KARA F., ve ark.(1999) Yükselen Sezaryen Oranlarımızın Nedenleri (1983-1996), *MN-Klinik Bilimler&Doktor*.5(5):674-79
- ERSOY İ.(2000) Normal Doğum ve Elemanları (2.Baskı). İn: ERSOY İ.(ed)İN: *Kadın Doğum Türkiye Klinikleri Ders Notları*, Ankara, 8
- FOX H: (1995) Pathology of maternal death. In: Fox H, Welis M(eds). *Obstetrical and Gynecological Pathology*, London, 1837-1851
- GHOREİSHİ J. (2003) Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* ; 83(3): 267-270
- GİLL EJ, HURT WG. (1998) Pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am* ; 25: 757-769
- GİLSTRAP LC, CUNNINGHAM FG, VANDORSTEN PJ. (2002) Cesarean Delivery In: *Operative Obstetrics*. Appleton and Lange : 257-273
- GONEN R., TAMİR A., DEGANİ S. (2002) Obstetricians' Opinions Regarding Patient Choice in Cesarean Delivery; *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. ; 99(4) 578-79
- GREN BT, UMANA E. (2000) Amniotic fluid embolism. *South Med J* ; 93: 721-723
- GÜRĞÜÇ A. Sezaryen. İn: GÜRĞÜÇ A(ed.). *Doğum Operasyonları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*, 389-92
- GOULD JB, DAVEY B, STAFFORD FS: Socioeconomic Differences İn Rates Of Cesarean Section. *N Engl J Med* 321:233, 1989
- HALCROFT C., PRESSMAN E. Çeviri: Çelen S. (2000) Doğum ve Doğum Eylemi Komplikasyonları. 1. Baskı. İn: LAMBROU N C., MORSE E., WALLACH E. (eds.) VİCDAN K., İŞİK A., DANIŞMAN N. (Çeviri eds.) İn:JOHNS HOPKİNS *Jinekoloji ve Obstetrik el kitabı*,47,51
- HANKİNS GDV, SYNDER RR, HAUTH JC, GİLSTRAP III LC, HAMMOND T. (1987) Nuchal cords and neonatal outcome. *Obstet Gynecol*; 70: 687-691
- HAS R., SAYGILI R. (2004) Doğum Operasyonları,İN: BERKMAN S., HAS R.(eds), İn: *Doğum Bilgileri*, Nobel Tıp Kitabevi,65-66
- HİMMETOĞLU Ö., DEMİRTÜRK F., (2003) Sezeryan Güncel Değerlendirme ve Kabul Edilebilir Sezeryan Oranlarının Sağlanması Yönünde Öneriler. *MNKlinik Bilimler&Doktor*; 9(4):516-523.

HILDINGSSON I., RADESTAD I., RUBERTSSON C., et al. (2002) Few Women Wish To Be Delivered By Caesarean Delivery. *BJOG.*;109(6):618-23.

HOPKINS K. (2000) Are Brazilian Women Really Choosing To Delivery By Cesarean? *Soc sci Med.*; 99(4):557-80.

HOSTETLER DR, BOSWORTH MH. (2000) Uterin inversiyon: a life threatenig obstetric emergency. *J Am Board Fam Pract*; 13: 120-123

KADAYIFÇI O., EVRÜKE C., YAZIR M. (1996) Doğum Fizyolojisi ve Normal Doğum. In: Gökşin E. (ed), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 259-279,443
39- KARA S K., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi, (Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul), 2004

KHAN KS, WOJDYLA D, SAY L et al. (2006) WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*; 367: 1066-1074

KONAKÇI S., KILIÇ B. (2004) İzmir’de Sezaryan Sıklığı Ve Buna Etki Eden Faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 14(2):88-95.

LİLFORD RJ, VAN COEVERDEN DE GROOT HA, MOORE PJ, BİNGHAM P. (1990) The Relative Risk Of Cesarean Section (intrapartum end elektive) and Vaginal Delivery: A Detailed Analysis To Exclude The Effects Of Medical Disorders and Other Acute Preexisting Physiological Disturbances. *Br J Obstet Gynaecol* 97: 883

MANT J, PAİNTER R, VESSEY M. (1997) Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning Association study. *Br J Obstet Gynaecol*; 104: 579-585

MIRAK T, ÖZDEMİR A, GÜLER A, ATLI Ö, TANER C, DERİN G. (2004) Hypogastric Artery Ligation for life threatening obstetric hemorrhage. *Medical Journal of Kocatepe*; 5: 41-44

MÜDÜROĞLU M, ÖNCÜL M, DEMİRKIRAN F, KÖSEBAY D, ERYILMAZ HY. (2006) Pelvik jinekolojik operasyon sonrası ateş (Febril Morbidite) Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin İrdelenmesi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*; 37: 121-125

O’BOYLE AL, O’BOYLE JD, CALHOUN B, DAVIS GD, RİCKS RE, PATİENCE TH. (2003) Natural history of pelvic organ support in pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*; 14: 46-49

ÖNDEROĞLU L., KARAMÜRSEL B., ve ark.(2005) Sezaryen. İn: *Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi*, İn: G • er H. (ed.) G • es Kitabevi, 1562, 64-1572

ÖZGÜNEN FT. Sezaryen. In: Özgünen FT, Evrücke C (eds). *Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Ankara: Medical Network; 2001: 1322-1330

ÖZKAYA O.(2005) Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 Yıllık Doğum Oranları Ve Sezaryen Endikasyonları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp. Fak. Derg.*12(4):36-39

PENNA L, ARULKUMARAN S (2003): Cesarean section for non-medical reasons. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 399-409

PRİCTHARD SA., MACDONALD PC., GAND NF., çeviri YILMAZ İ., AYDEMİR V., (1989) Sezaryen Seksiyo ve Sezaryen Histerektomi, İn; *Williams Doğum Bilgisi*. 17. Baskı, Güneş Kitabevi, 1081-1102

PRİCTHARD SA., MACDONALD PC., GAND NF., Çeviri YILMAZ İ., AYDEMİR V. (1989) Travay fiziyojisi, İçinde; *Williams Doğum Bilgisi*. 17. Baskı, Güneş Kitabevi, 371-399

QUİNLİVAN J., PETERSON R., NİCHOLS C. (1999) Patient Preference The Leading İndication For Elective Cesarean Section İn Public Patients Results Of A 2 Year Prospective Audit İn Teaching Hospital. *Aust N Z J Obstet. Gynecol*, 39 (2): 207-14

RALP W., HALE MD., DANFORD D. (1994) Sezeryan Seksiyo , In: MARTİN L.(ed), çeviri Edit. SARAÇOĞLU F., ÇAĞDAŞ *Obstetrik Jinekolojik Teshis & Tedavi*, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, 694-709.

RAMİN SM, RAMUS RM, LİTTLE BB, GİLSTRAP LC 3rd. (1992)Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol* ;167(4): 1104-1107

ROBİNSON JN, NORWİTZ ER, COHEN AP, MCEL RATH TF, LİEBERMAN ES. (1999) Episiotomy, operative vaginal delivery significant perinatal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1180-1184

RORTVEİT G, DALTVEİT AK, HANNESTAD YS, HUNSKAAR S(2003) Norwegian Epincont study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* ; 348: 900-907

RUSSELL P., BİSWAS K. (1994) Normal Eylem ve Doğumun Seyri, In: MARTİN L.(ed), çeviri Edit. SARAÇOĞLU F., *Çağdas Obstetrik Jinekolojik Teshiş & Tedavi*, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, 236-26

SAYIN C., BERBEROĞLU U., VAROL F. (2004) Sezaryenle Doğum Yapmış Sağlık Personelinde Doğum Sonrası Memnuniyet ve Takip Eden Gebelikte Doğum Şekli Tercihi; *T Klin Jinekoloj*.18(2):82-88

SCOTT JR. (1997) Sezeryan Doğum, In: Scott JR.. (eds), çeviri Edit. EREZ S., *Obstetrik ve Jinekoloji*, Çevik Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul, 563-576.

SMİTH RB, LANE C, PİERSON JF. (1994)Shoulder dystocia: What happens in the next elivery? *Br J Obstet Gynecol* ; 101: 713-715

SULTAN AH, STANTON SL. (1996) Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth-elective caesarean section? *Br J Obstet Gynaecol*; 103: 731-734

ŞEVKET O. (2005) Primer Sectio Ceasarea Abdominalis Olgularında Per-operatuar Servikal Dilatasyon İle Erken Uterin İnsizyon Stabilitesi Arasındaki İlişki.(Uzmanlık Tezi, İstanbul)

TANRIVERDİ HA, AKTUNÇ E, DOLEN İ. (2003) Sezaryen Operasyonlarında Karşılaşılan Cerrahi Komplikasyonlar. *Artemis*; 4(1): 27-32

TAŞKIN L. (1995) Doğum Eylemi. In: TAŞKIN L.(Ed), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Sistem Ofset, 155-175.

TAŞKIN L. (2003) Doğum Sonu Dönem. In: TAŞKIN L.(Ed), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Sistem Ofset, 351-363.

ULUDAĞ S, AZLİ TM, ŞEN C, OCAK V. (1994) Boyunda kordon dolanmasının doğum eylemi üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*; 2: 251-254

VURAL ve AKKUZU, 1999; Dündar, 2006.

WATTS DH, ESCHENBACH DA, DENNY GE. (1990) Early postpartum endometritis. The role of bacteria, genital mycoplasma and chlamidya trachomatis. *Obstet Gynecol*; 75: 52

WAX J., CARTİN A. (2004) Patient choice cesarean: on evidence-based review. *Obstet. Gynecol Survey*.59(8): 601-16

YAMANİ ZAMZAMİ TY.(2003) Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*; 268: 131-135

YAŞAR Ö. (2006) Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 6.

ZLATNİK F. (1997) Normal Doğum Eylemi ve Doğum. In: SCOTT JR.. (eds),çeviri Edit. EREZ S., *Obstetrik ve Jinekoloji, Çevik Matbaacılık*, 1. Baskı,İstanbul, 105-128.

[http:// www.hips. Hacettepe .edu.tr/tnsa 2010/basın/page 12htm](http://www.hips.Hacettepe.edu.tr/tnsa2010/basın/page12.htm). Erişim 16/11/2010

http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/EĞİTİM/25_01_2011_15_44_25.pdf

EKLER

Normal Doğum ve Sezeryan ile Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşüncelerini Araştırma-Değerlendirme Formu

Adı :

Soyadı :

I. BÖLÜM

1) Kaç yaşındasınız?

a) 15-19 b) 19-24 c) 24-29 d) 29-34 e) 34-39

2) İlk evlenme yaşınız kaç?

a) 15-19 b) 19-24 c) 24-29 d) 29-34 e) 34-39

3) Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur- yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

4) Mesleğiniz nedir?

.....

5) Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

6) Eşinizin mesleği nedir?

.....

7) Eşinizle akrabalığınız var mı? Cevabınız evetse kaçınıcı dereceden?

a) Hayır b) Evet

8) Ailenizin aylık geliri ne kadar?

.....

9) Kendi ihtiyaçlarınızı ve evinizin ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

a) Hayır b) Evet

12) Gebeliğiniz boyunca kaç kez takip edildiniz?

.....

13) Gebelik takiplerinizi nerede yaptırınız?

a) Sağlık Ocağı b) Devlet Hastanesi c) Özel Hastane d) Tıp Fakültesi

14) Gebeliğinizde problem yaşadınız mı? Cevabınız evetse ne gibi bir problem yaşadınız.

a) Hayır b) Evet

- Hiperemesis
- Düşük tehdidi
- Erken doğum tehdidi
- Şeker yükselmesi
- Tansiyon yükselmesi
- Diğer

15) Doğum yöntemleri hakkında bilginiz var mı? Varsa bu bilgiyi kimden aldınız?

a) Yok b) Var

- Doktor
- Ebe-Hemşire
- Diğer

16) Normal doğum deyince neler hissediyorsunuz?

.....

17) Sezeryan ile doğum deyince neler hissediyorsunuz?

.....

18) Doğum şekliniz nedir?

a) Normal doğum (Bu şıkkı seçenler 22. ve 23. soruları da yanıtlayacaktır)

b) Yardımla normal doğum (vakum)

c) Suni sancı ile normal doğum

d) Sezeryan ile doğum (Bu şıkkı seçenler 24. ve 25. soruları da yanıtlayacaktır)

19) Doğumunuzda problem yaşadınız mı? Cevabınız evetse ne gibi bir problem yaşadınız?

a) Hayır b) Evet

- Suyun erken gelmesi
- Bebek başı ile ilgili problem
- Bebeğe problem yaşanması
- Yetersiz sancı
- Kanamanın olması
- Kordon dolanması
- Diğer

20) Doğumunuz kim tarafından yaptırıldı?

- a) Doktor b) Ebe- Hemşire c) Diğer

21) Doğum tercihiniz kime ait?

- a) Kendime b) Eşime c) Eşime, aileme ve bana d) Doktora e) Doktora ve bana

22) Doğum tercihiniz normal doğum ise neden normal doğumu tercih ettiniz?

.....

23) Normal doğum yapmayı tekrar ister misiniz? Cevabınız evetse neden?

- a) Hayır b) Evet

24) Doğum tercihiniz sezeryan ise neden sezeryan ile doğumu tercih ettiniz?

- a) Kendi tercihim ve kendi isteğim
 b) Yetersiz sancı
 c) Bebekte problem yaşandı
 d) Kendime ait problemler (kalp hastalığı, diyabet... vb.)
 e) Bebek başı ve pozisyonu ile ilgili problem yaşanması

25) Sezeryan ile doğum yapmayı tekrar ister misiniz? Cevabınız evetse neden?

- a) Hayır b) Evet

26) Doğumda uygulanan anestezi yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Genel anestezi b) Epidural anestezi c) Spinal anestezi d) Diğer

27) Doğum sonrası kendinizi nasıl hissettiniz, açıklar mısınız?

.....

28) Tekrar gebe kalmayı düşünüyor musunuz? Cevabınız evetse neden?

- a) Hayır b) Evet

30) Ağrısız doğum yöntemi hakkında bilginiz var mı?

- a) Hayır b) Evet

31) Doğum sonrası aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?

a) Hayır, cevabınız hayırsa neden?

b) Evet, cevabınız evetse hangi aile planlaması yöntemini düşünüyorsunuz?

- Doğal yöntemler (Geri çekme, takvim yöntemi...)
- Hormonal yöntemler
- Spiral
- Kondom
- Diğer

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ÖZKAR, Fatma
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 16.09.1986 Nazilli
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0505 825 6967
 e-mail : fatma.tanman@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü	2007
Lise	Pamukören Lisesi	2003

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
Ekim-Kasım 2007	Başkent Üniversite Hastanesi	Ebe
2007-2009	Özel Akay Hastanesi	Ebe
2009-2010	Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı	Ebe
2010-2011	Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ebe
2011-Halen	Seymenler Aile Sağlığı Merkezi	Ebe

Yabancı Dil

İngilizce

Hobiler

Yüzme, Kitap okuma, Seyahat