

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYENLE VE VAJİNAL YOLLA DOĞUM YAPAN  
KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ VE SONRASI TECRÜBE VE  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Yeşim CEYLANTEKİN**

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Mehmet YILMAZER**

**2006- AFYON**

**KABUL ve ONAY**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın  
Hastalıkları Hemşireliği çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri  
tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26.12.2006

Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ  
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Güleğül KÖKEN  
ÜYE

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER  
ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yeşim  
Ceylantekin'in "Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum  
Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezi  
26/12/2006 günü saat 14.00'de Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin  
ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Fevzi Sefa DEREKÖY  
Enstitü Müdürü

**ÖNSÖZ**

Doğumdan önce gebelerin doğum şekli konusunda bilgilendirilmeleri, eğitilmeleri gebelerin kendisi için doğru doğum şeklini belirlemede büyük önem taşımaktadır. Bu eğitimin verilmesinde ebe ve hemşirelere büyük rol düşmektedir.

Araştırma konumun seçiminde ve çalışmalarımın esnasında bilgi, destek ve yardımlarını esirgemeyen özveri ve titizlikle değerlendiren değerli danışmanım Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Doç.Dr. Mehmet YILMAZER'e, tezimin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımcı olan Doç.Dr. İsmet DOĞAN'a, çalışmalarım esnasında yardımlarını esirgemeyen ve beni anlayışla karşılayan eşime, destek ve hoşgörülerini esirgemeyen aileme, emeği geçen değerli dostlarıma ve anket çalışmama katılan tüm gebelere en derin teşekkürlerimi sunarım.

**İÇİNDEKİLER**

KABUL VE ONAY	II
ÖNSÖZ	III
İÇİNDEKİLER	IV
KISALTMALAR	VI
TABLolar	VII
ÖZET	IX
SUMMARY	XI
<b>1.GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı	1
1.1.1.Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1.Doğum Süresi	4
2.2.Doğum Şekli	4
2.3.Doğum İçin Uygunluk	5
2.4. Doğum Öncesi Bakım	6
<b>3.VAJİNAL DOĞUM</b>	<b>8</b>
3.1.Tanım	8
3.2.Vajinal Doğum Eylemi ve Doğuma Yaklaşım	9
3.2.1.İlk Değerlendirme	9
3.2.2.Doğum Eyleminin Başlangıcı	9
3.3.Vajinal Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler	11
3.4. Doğum Eylemi Mekanizması	11
3.5. Plesantanın Ayrılması	12
3.6.Doğum Eyleminde Ağrı	13
3.7.Vajinal Doğumun Avantajları ve Dezavantajları	14
3.8.En İdeal Doğum Şekli	15
<b>4.SEZARYEN SEKSİYO</b>	<b>17</b>
4.1.Tanım	17
4.2.Tarihçe	18
4.3.Sıklık	19
4.4. Sezaryen Oranlarının Artmasının Nedenleri	24
4.5. Sezaryen Endikasyonları	26
4.5.1.Anneyle İlgili Endikasyonlar	26

4.5.2. Fetusle İlgili Endikasyonlar	27
4.5.3. Fetus Eklerine Ait Endikasyonlar	28
4.5.4. Mediko Sosyal Endikasyonlar	28
4.6. Sezaryende Bakım	28
4.6.1.Preoperatif Bakım	28
4.6.2.Postoperatif Bakım	29
4.6.3. Sezaryen ile Doğum Yapan Hastaya Yaklaşım	30
4.7. Komplikasyonlar	31
4.7.1. Anne İçin	31
4.7.2. Fetus İçin	31
4.8. Sezaryenin Kontrendikasyonları	32
4.9. Sezaryen Doğumun Yararları ve Riskleri	32
4.10. Anne İsteminin Yeri	34
4.11.Doğumla İlgili Annenin Kaygıları	36
4.12. Doğumla İlgili Memnuniyet	37
<b>5.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>39</b>
5.1.Araştırmanın Şekli	39
5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	39
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
5.4.Verilerin Toplanması	39
5.5.Veriler Toplama Formunun Uygulanması	40
5.6.Verilerin Değerlendirilmesi	40
<b>6.BULGULAR</b>	<b>41</b>
<b>7.TARTIŞMA</b>	<b>66</b>
<b>8.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>79</b>
8.1.Sonuç	79
8.2.Öneriler	82
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>84</b>
<b>EK 1.VERİ TOPLAMA FORMU</b>	<b>96</b>

**KISALTMALAR**

**BDT** : Beklenen Doğum Tarihi

**BM** : Birleşmiş Milletler

**WHO (World Health Organization)** : Dünya Sağlık Örgütü

**TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

**CPD (Sefalo Pelvik Uyumsuzluk)** : Baş Pelvis Uyuşmazlığı

**RDS**: Respiratuar Distres Sendromu

**DVT**: Derin Ven Trombozu

**ACOG (American Collage of Obstetricians and Gynecologists)** : Amerikan Kadın

Doğumcular Birliği

**DÖB** : Doğum Öncesi Bakım

**ÇKS**: Çocuk Kalp Sesi

**EMR**: Erken Membran Rüptürü

## TABLOLAR

<b>Tablo 6. 1.</b> Demografik Özelliklerin Doğum Öncesi Duruma ve Doğum Sonrası Doğum Şekline Göre Dağılımı.....	41
<b>Tablo 6. 2.</b> Gebelerin Gebelik ve Doğum Öykülerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	44
<b>Tablo 6. 3.</b> Gebelerin Doğum Tercihleri ile Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	45
<b>Tablo 6. 4.</b> Gebelerin Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Nedenlerin Dağılımı.....	46
<b>Tablo 6. 5.</b> Gebelerin Gerçekleşen Doğumla İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	47
<b>Tablo 6. 6.</b> Sezaryen ile Doğum Yapan Gebelerde Verilerin Dağılımı .....	48
<b>Tablo 6. 7.</b> Vajinal Yolla Doğum Yapan Gebelerin Doğumla İlgili Verilerinin Dağılımı.....	51
<b>Tablo 6. 8.</b> Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Gebelerin Gelecekteki Doğum Tercihlerinin Dağılımı.....	53
<b>Tablo 6. 9.</b> Gebelerin Doğum Öncesi Belirledikleri İdeal Doğum Şekli ile Yaptıkları Doğum Şeklinin Dağılımı.....	54
<b>Tablo 6. 10.</b> Doğum Öncesi Gebelerin Belirledikleri Doğum Şekli ile Takip Eden Gebelikteki İstenen Doğum Şeklinin Dağılımı.....	55
<b>Tablo 6. 11.</b> Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Seçimlerinin Dağılımı.....	56
<b>Tablo 6. 12.</b> Çalışma Durumu ile Doğum Seçimi Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	57
<b>Tablo 6. 13.</b> Gebelerin Doğum Öncesi Sezaryen İsteme Nedeni ile Gerçekleşen Doğum Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	58
<b>Tablo. 6. 14.</b> Sezaryende Problem Yaşama Durumuna Göre Takip Eden Gebelikte Doğum Seçiminin Dağılımı.....	59
<b>Tablo. 6. 15.</b> Doğumda Danışmanlık Alma Durumuna Göre Doğum Seçiminin Dağılımı.....	60
<b>Tablo. 6. 16.</b> Doğum Öncesindeki Doğum Seçimi ile Gerçekleşen Doğum Şeklinin Dağılımı.....	61

<b>Tablo. 6. 17.</b> Doğumda Danışmanlık Alma Durumu ile Doğum Bilgisinin Alındığı Kaynağın Dağılımı.....	<b>62</b>
<b>Tablo. 6. 18.</b> Sezaryende Memnuniyet Durumuna Göre Takip Edecek Gebelikteki Doğum Şeklinin Seçimi.....	<b>63</b>
<b>Tablo. 6. 19.</b> Doğumdan Önce Sezaryeni Seçenlerin Nedenleri ile Gerçekleşen Sezaryenin Nedenlerinin Dağılımı.....	<b>64</b>



**ÖZET****Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

Doğum olayı; fizyolojik bir olay olmakla beraber her kadının yaşantısındaki yeri büyüktür. Cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotik kullanımı, kan transfüzyonu sayesinde sezaryenle doğum, vajinal doğumdan daha güvenilir hale gelmiştir.

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniğine ve Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne başvuran annelerin doğum öncesi, sonrası vajinal doğum ve sezaryene ilişkin tecrübelerini ve bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Veri toplama formları 01.05.2006-01.08.2006 tarihleri arasında uygulanmıştır. Bu tarihler arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniğinde ve Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne başvuran vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan, araştırmaya katılmaya istekli 361 kadına yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır. Anket formları doğum öncesi, sonrası olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Doğum öncesi annelerin demografik özellikleri, doğum tercihlerinin nedenleri, doğum sonrası ise doğum tercihinde memnuniyetleri, doğuma karar vermeyi etkileyen faktörlerle ilgili sorular vardır. Veriler, SPSS for Windows 11.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde yüzdellik, Crosstabs, Chi-Square Test, Pearson Chi-Square Test, Fisher's Exact Test, iki ortalama arasındaki önem kontrolünde T-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, gebelerin % 41,8'i vajinal doğum, %58,2'si sezaryen ile doğum yapmıştır.

Gebelerin % 81,7'si en ideal doğum şekli olarak vajinal doğumu, %18,3'ü sezaryeni görmektedir. %68,4'ü doğum öncesi vajinal doğumu isterken, % 31,6'sı sezaryeni istemektedir.

Gebelerin % 48,2'si sezaryeni isteme nedenleri arasında en çok tercih edilen seçenek olarak diğer nedenleri belirtirken, vajinal doğumu en çok tercih etme nedeni ise daha doğal olmasıdır (%37,7).

**Anahtar Kelimeler:** Hastaların bilgi düzeyi, Doğum tercihi, Sezaryen, Vajinal doğum.

## SUMMARY

### **The Evaluation of The Experiences and The Knowledge Levels of The Women Who Have Cesarean and Vaginal Delivery in Prenatal and Postnatal Period**

Delivery is a physiological event and it takes a large place in every woman's life. Cesarean section has become more reliable than vaginal delivery by developing surgical techniques, using antibiotics and blood transfusion.

Research is planned as a definer to intend to determine experiences and the levels of knowledge of vaginal delivery and cesarean section of the women in prenatal and postnatal period at Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Practice and Research Hospital Delivery Clinic and Afyon Zubeyde Hanım Delivery and Child Clinic Delivery Clinic in Afyonkarahisar district.

Data forms are applied between May 1st, 2006 and August 1st, 2006. Between these dates, interviews were done with 361 women by face to face technique. These women had either vaginal delivery or cesarean section and they were willing to participate in this interview at Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Practice and Research Hospital Delivery Clinic and Afyon Zubeyde Hanım Delivery and Child Clinic Delivery Clinic. Research forms consist of two parts; prenatal period and postnatal period. In prenatal period part; there are questions about maternal demographic characteristics, reasons of birth preferences'; and there are questions about their satisfaction of their birth preference, the factors that affect birth decisions in postnatal period part. Datas are analyzed by using SPSS for Windows 11.0 package program. Percentage, Crosstabs, Chi-Square Test, Pearson Chi-Square Test, Fisher's Exact Test, T test to control the two means are used in the statistical analysis of the study. Statistical meaningfulness level is assumed as  $p < 0,05$ .

According to results of this research, 41,8% of the pregnant have vaginal delivery, 58,2% of them have cesarean section. 81,7% of pregnant say the ideal way of having a baby is vaginal delivery, and 18,3% of them say the ideal way of having a baby is cesarean section. 68,4% of them want to have vaginal delivery in prenatal period, and 31,6% of them want to have cesarean section in prenatal period. One of the reasons of wanting to have cesarean section is the other reasons and this is the highest preference (48,2%). The highest preference for vaginal delivery is its naturalness (37,7%).

Key Words: Patients' Education Level, Birth Preference, Cesarean, Vaginal Delivery.

## 1.GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı

Kadının doğurganlığı, kadın vücudu için normal fizyolojik olay olmasına rağmen gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşünülmemektedir. Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk yaratabilmektedir. Bugün dünyada üreme çağında yaklaşık 900 milyon kadın olduğu, belirlenemeyenlerle birlikte yılda 1 milyona yakın annenin gebe iken, doğum yaparken ya da doğum sonu 6 hafta içinde öldüğü, her ölüme karşılık ise 10-15 annenin aynı nedenlerle kalıcı olumsuz etkiler taşıdığı hesaplanmaktadır (1).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla beraber, kadının kişisel deneyimleri, eğitim düzeyi ve yaşam felsefesi, aile içi ilişkileri, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailenin sosyoekonomik durumu, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen veya istenmeyen bir gebelik olması gibi faktörler gebeliğin kadın için bir yük ve stresli bir yaşam olayı olmasına neden olmaktadır (1). Bu nedenle ailenin bütün üyelerini etkileyen yeni stresli durumları da beraberinde getirmektedir (2).

Doğum yapan kadının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü ve bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması beklenir (2, 3, 4, 5). Bu dönemin en iyi şekilde geçirilebilmesi için; doğum öncesi başlatılan, doğum eyleminde süregelen ve doğum sonrası devam eden iyi bir hemşirelik bakımına gereksinim vardır (6).

Anne sağlık bakımı yanında başka yönden de destek aramaktadır. Bu nedenle doğumda annenin yanında bulunan kişi çok önemlidir. Uzmanlara kolayca ulaşılsa bile bazı toplumlarda geleneksel olarak alışılmış yöntemlerle doğum yapma sürdürülmek istenir. Bu durum doğuma yalnızca bir sağlık olayı olarak bakılmadığının göstergesidir. Doğumda psikolojik ve teknik açıdan özenli bir yardımcının varlığı doğumun sağlıklı olmasını önemli olarak etkilemektedir (6, 7).

Kadının kendini rahat ve güvenli hissetmediği, kabul edemeyeceği bir ortamda doğum yapması halinde de doğum olumsuz etkilenir. Tanıdıkları kişiler tarafından izlenen gebelerde bebeğin intrauterin gelişmesinin daha iyi olduğu, bildikleri ebeler ya

da hemşireler tarafından doğurtulan, yakın iletişim kurulmuş kadınların daha az sezaryen, daha az indüksiyonla doğum yaptıkları araştırmalarla belirlenmiştir. Yine sezaryen sonrası da sezaryene yönelimin ayrı bir stres konusu olduğu belirlenmiştir (7, 8). Kadının kaygılarının azalması ve bebeğin daha az stres yaşaması için tek başına teknik uzmanlık bilgisi yeterli değildir. Diğer taraftan, bilgisiz yardımcının da güvenli bir doğum için yeterli olmadığı tartışılmayacak bir doğrudur (7).

Doğum olayı anneyi ciddi ve kapsamlı psikolojik değişimler içine sokmaktadır. Fetusun doğum kanalından doğmasına izin vermektedir. Kadın doğumcular anne ve fetusta meydana gelebilecek komplikasyonları belirleyebilmeli, durumu dikkatlice yönetmelidirler (9).

Doğum eylemi düzenli gelip giden, rahatsız edici, sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik bir süreçtir (10). Bu sürecin başlangıcını düzenli uterus kasılmalarının ortaya çıkması, bitişini de bebeğin doğması, plasenta ve diğer ait yapıların atılması belirlemektedir. İlk aşama kasılmalar sonucu geliştiğinden gizemli değildir. Kontraksiyonların nitelikli değişimi sonu dilatasyon olduğunda uterusu refleksler hissedilir (11). Vajinal doğumların %96'sı baş gelişi, geri kalan kısmı da makat gelişi şeklinde gerçekleşmektedir (12).

## **1.2 Araştırmanın Amacı ve Kapsamı**

Sağlıklı bir gebelik geçirilmesi ve sonrasında sağlıklı bebek sahibi olma, aile ve toplum sağlığını olumlu etkileyecektir. Aile ve toplumun mutluluğu, sağlıklı gebeler ve çocukların varlığı ile sağlanacaktır. Gebelerin doğum sonrası sağlıklı olabilmelerinde vajinal doğumun önemi herkes tarafından kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalarla vajinal doğumun sayısız avantajları ortaya çıkarılmıştır.

Doğum konusunda daha doğum öncesinden itibaren gebelerin bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir. Annelere gebelik ve doğum tercihi hakkında bilgi verebilmek için öncelikle onların bu konudaki tutumları ve bilgi düzeyleri belirlenmelidir. Bu bilgiler dikkate alınarak yeni eğitim programlarının hazırlanması mümkün olacaktır. Araştırma doğum öncesi kadınların doğum tercihi ile doğumdan sonra doğum tercihini etkileyen etmenleri belirleyerek, değişimin nedenlerini, gebelerin bilgi düzeylerini ve artan sezaryen oranlarını

belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Ayrıca araştırmadan elde edilecek bulguların vajinal doğum ve sezaryen konularında yapılacak olan diğer çalışmalara da yardımcı olması ümit edilmektedir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Doğum Süresi

Gebeliğin süresi döllenmeden itibaren 266 gün veya düzenli adet gören ve 28 günlük sikluslu kadınlarda, son âdetin ilk gününden hesaplandığında 280 gün veya 40 haftadır .

İkinci trimesterini sürdüren yaşayan gebeliklerin yaklaşık %5'i tam beklenen doğum tarihinde (BDT) doğum yaptığı halde, gebeliğin sonuna gelmiş kadınların büyük çoğunluğu beklenen tarihten önceki hafta içinde doğum yapmaktadır (10).

### 2.2.Doğum Şekli

Sezaryen operasyonu, karın duvarına ve uterusu yapılan insizyonlarla fetus, plasenta ve zarlarının doğurtulmasıdır. Uzun yıllar yüksek mortalite nedeni ile nadiren başvuru olan sezaryen operasyonu son yıllarda medikal ve cerrahi tekniklerdeki gelişmelere bağlı olarak diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de gittikçe artan oranlarda yapılmaktadır (13).

Sezaryenin normal sıklığı %6-7 dir. Bu rakam son yıllarda %27'ye kadar çıkmıştır. Bu artışın sebepleri olarak; kadının fazla ağrı çekmek istememesi, hekimlerin sabırsız ve bilgisizce hareket etmeleri sayılabilir. Sezaryenle doğumu seçenler çocuğun doğum yolu travmasına maruz kalmayacağını ve çocuk mortalitesinin daha az olacağını düşünmektedirler (14).

Gelişmiş ülkelere baktığımızda sezaryen oranı %15-25 civarında iken, ülkemizde sezaryen oranında çeşitli nedenlerle artış söz konusudur. Sezaryenle doğum oranı ülkemizde neredeyse %50'lere yaklaşmaktadır (14).

Anne adayları sıklıkla, yaşanacak ağrı, doğum süresinin uzunluğu, bebekle ilgili doğabilecek problemler, ağrılar başladığında doktorunu bulamama veya ulaşamama, yakınlarının ve arkadaşlarının doğumla ilgili olumsuz tecrübelerinden etkilenme gibi nedenlerle vajinal doğumdan korkmaktadır. Oysa unutulmaması gereken en önemli nokta, vajinal doğumun milyonlarca yıldır bütün memeli varlıkların soylarını devam ettirmekte kullandıkları en doğal ve fizyolojik yol olduğudur. Sezaryen ile doğum, vajinal doğumun gerekli durumlarda başvuru olan bir



alternatifi olarak algılanmamalı, vajinal doğumun yerini almaya başlayan daha üstün bir doğum şekli olarak asla görülmemelidir. Gebelik takibi sırasında aksi bir durum belirmedikçe, anne adayı vajinal doğuma teşvik edilmelidir (15).

1950 ve 1960'lı yıllarda sezaryen ile doğum oranı %4'den %6'ya yükselmiştir. Sezaryenin en yaygın endikasyonları sefalopelvik uyumsuzluk, uterin distosi, hemoraji, akut fetal distresdir. Hipertansiyon, diabet, Rh izoimmunizasyonu, prematürite ve diğer büyük risklerde hastanın sezaryen olmasına ihtiyaç duyulmaktadır (16).

Eskiden beri bir defa sezaryen olan hastaya daha sonraki doğumlarında da sezaryen yapılması pek çok klinikte bir kural haline gelmiştir. Diğer taraftan sezaryen oranları son 10 yıl içinde dramatik bir şekilde artmıştır ve sezaryen endikasyonları da geniş şekilde değişmiş olup, fetal ve maternal profilaksi amacı ile yapılan primer sezaryenler çoğalmıştır. Primer sezaryenler, tekrarlayan sezaryen içinde artan şekilde devam etmektedir. Tüm sezaryen olgularının yaklaşık olarak %30'unu daha önce sezaryen olan kadınlar oluşturmaktadır (14, 17).

Eski sezaryenli gebelerde sezaryen oranı %97'lere ulaşmıştır. Böylece sezaryen endikasyonları arasında eski sezaryenin yeri çok daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (18).

Önceki sezaryen endikasyonu yeniden ortaya çıkmadıkça veya gebelik sezaryenle sonlandırılmayı gerektirecek başka bir durumla komplike olmadıkça vaginal doğumun denenmesi gerektiği bugün yaygın kabul görmekteyse de daha önce bir kez sezaryen geçirmiş hastaların tedavisi sorunlara neden olmaya devam etmektedir (18). Sezaryenle doğum yerine doğumda induksiyon uygulamasının üzerinde durulmakta ve vajinal doğumlarda induksiyon uygulamasının fetus üzerinde belirgin bir stres yaratmadığı belirlenmiştir (19).

### **2.3.Doğum İçin Uygunluk**

Doğum şekillerinde kadının tercihi de göz önüne alınmalıdır. Birçok kadın için karar vermek kolay değildir. Bunun sebebi birçok faktörü düşündükleri için olabilir. Kadınlar, önceki doğumda hoş gitmeyen durumları hatırlamaktadırlar (20).

Sağlık sigortaları, özel hastaneler, maddi durumun iyi olması, annenin etik anlayışı, önceki doğum deneyimi, vajinal doğumda uzun süren ağrı ve bebeğe zarar verme düşüncesi kadınları sezaryeni seçmeye yöneltmiştir. Eğer kadın önceki vajinal doğumda ağrı tecrübesi ve zor doğumdan dolayı ikna edilemiyorsa, diğer doğum şekilleri tercih edilebilir. Kadın ile doktor karşılıklı fikir birliği içinde olmalıdırlar. Doğumdaki tüm ayrıntılar konuşulmalı, gerekli izin alınmalıdır. Bilgi vererek seçeneğin kolaylaştırılmasının etkisi; kadınların doğum tercihlerinde bir türü diğerine göre desteklemeye nazaran net değildir (20). Bir diğer önemli nokta ise hastanede doğum yapmanın avantajları gebelere anlatılmalıdır. Gelişmiş olan ülkelerde eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar bölgelere göre değişiklik arz etmektedir. Afrika'da %6-67 arasında iken gelişmiş ülkelerde kendi kendine doğum oranı %5'lerin altına düşmüştür (21).

Kararın değer duyarlılığı verilerek, kadınlara her iki seçeneğin de riskleri ve olumlu yönleri ile ilgili stratejiler oluşturulmalı ve doktorlarla işbirliği yapılarak onlar için en iyi yöntemin hangisi olduğuna bilgi vererek karar vermeleri sağlanmalıdır (22).

Kadınların görüşleri ve tercihleri değerlendirildiğinde isteğe bağlı sezaryen yerine kadınlar vajinal doğumu seçmeye yönlendirilmiştir. Buna rağmen, hedeflenen bilginin bu tercihlerde oynadığı rol hakkında çok azı kaydedilmiştir. Ama kadınların son kararına etki eden bilgi değildir gibi görünmekte iken sağlık servislerinin ve çalışanlarının da karar vermedeki oynadıkları rolün önemi de vurgulanması gerektiği üzerinde durulmaktadır (22, 23, 24).

#### **2.4. Doğum Öncesi Bakım**

Doğum öncesi bakım anne ve bebek için hazırlığı içermektedir. Bu hazırlık hem fiziksel hem de psikolojiktir. Doğum öncesi bakımda stresin giderilmesi ön plana çıkarılmalı bu yüzden de erken dönemde annenin doğuma hazırlığı sağlanmalıdır. Kadının sosyal, ekonomik, eğitim farklılıkları doğum öncesi bakımı etkileyebilmektedir (25).

Doğum öncesi bakımın alınmasında kadınların temel özelliklerine göre belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Genç anneler, 35 yaş üstü kadınlarla karşılaştırıldığında, doğum öncesi bakımı daha çok eğitilmiş sağlık personelinden almaktadırlar. Anne

yaşının 35 ve daha yukarı olduğu doğumların % 30'unda, anne doğum öncesi hiçbir bakım almamıştır. Doğum öncesi bakımın alındığı canlı doğumların oranı da doğum sayısına göre bakıldığında belirgin farklılık göstermektedir. Doğum sayısı büyüdükçe doğum öncesi bakım, alınan canlı doğumların oranı da azalmaktadır (26). Yapılan epidemiyolojik araştırmalar antenatal takip yapılan gebelerde maternal ve perinatal mortalitenin daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca antenatal ziyaret sayısı ve başlangıçtaki gestasyonel yaşın da gebelik sonuçlarını etkilediği gösterilmiştir (27).

Gelişmiş ülkelerde yaşam koşullarının iyileşmesi ve sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın etkinleşmesi sonucu, anne morbidite ve mortalitesinde düşüş olduğu saptanmıştır (28).

Türkiyede; 1988- 1993 döneminde doğumların %59,6' sı sağlık kuruluşunda, %40,2' si evde; 1993- 1998 döneminde ise doğumların %72,5' i sağlık kuruluşunda, %26,7' si evde gerçekleştirilmiştir (29).

Sağlık personeli yardımıyla yapılan doğumlar, sağlık personelinin doğum öncesi bakım almış gebelerin oranından daha yüksektir. 1993- 1998 yılları arasında beş yıllık dönemde sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların tüm doğumlara oranı %80,6' dır. Bu durum toplumun doğumda sağlık hizmeti almak konusunda doğum öncesi döneme göre daha duyarlı ve daha istekli olduğunu göstermektedir (29). Yüksek riskli kadınların ve bebeklerin hem doğumun hem de sonraki bakımın güvenli biçimde gerçekleştirilebilmesi için bütün bilimsel olanaklardan yararlandırılması gerekmektedir. Bunun için tüm gebelere ve loğusalara birinci basamakta iyi eğitilmiş bir sağlık personelinin doğum öncesi, doğum, doğum sonrası bakım verilmesi gerekmektedir (30). Gebeye en yakın kişi hemşire ve ebe olduğu için; hemşireler ve ebeler, hastayla iletişim tekniklerini çok iyi bilmelidir. Hastaya eğitim vermek için yeterli zamanı ayırmalıdır (1).

### 3.VAJİNAL DOĞUM

#### 3.1.Tanım

Yaşama şansı kazanmış fetusun doğum kanalından geçerek dış dünyaya çıkmasıdır. Doğum insanlığın varolduğu günden beri süregelen fizyolojik, doğal bir olaydır. Ortalama 280 gün, 40 hafta olarak kabul edilen gebelik süresini tamamladıktan sonraki doğumlara “miadında doğum” denilmektedir. Fetus, kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşan doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının oluşturduğu mekanik güce uyarak doğmaktadır. Plasentanın ayrılması ve doğması ile doğum eylemi tamamlanmış olur. Miadına erişmiş bebeğin kilosu 2500- 4000 gr arasındadır (31).

Miadında bir gebede, olgunluk devresine gelmiş canlı fetusun, doğal güçlerin etkisi ile baş geliş, oksiput anterior pozisyonunda vajinal kanaldan çıkmasıdır. Vajinal doğum mekanizması %95-96 gebede fizyolojik sınırlarda seyretmektedir. Fizyolojik sınırlar (500cc) dışında kanama olmamaktadır (32).

Gerçek doğum eylemi regüler uterin kasılmalarla karakterizedir. Bu ağrılar gittikçe sıklaşır, güçlenir, zaman geçtikçe süresi uzar ve bunlara serviksin dilatasyon ve efasmanı eklenir. Yalancı eylem ki gebeliğin ileri dönemlerinde sıklıkla rastlanır ve irregüler, abdominal ve sırt ağrılarına yol açar. Yalancı eylemde kontraksiyonların aralığı, süresi ve gücü belirsizdir ve servikte herhangi bir değişim gözlenmez. Yalancı eylemin annede anksiyete ve erken hastaneye başvurulması dışında bir önemi yoktur (33).

Gerçek doğum eyleminin başlangıcından günler, haftalar öncesinde serviks yumuşamaya ve açılmaya başlar. Birçok vakada doğum eylemi başlangıcında serviks 1- 3 cm arasında dilate olmuştur. Bu multipar gebelerde daha belirgindir. Nullipar kadınlarda ise göreceli olarak serviks daha sıkı ve kapalıdır (33).

Doğum eyleminin başlangıcından hemen önce az kırmızı renkli bir mukus parçası atılabilir (nişan). Bu kanla karışmış mukus (servikal) tıkaç parçasıdır ve servikal dilatasyon ve silinmenin, prezente olan kısmın göstergesidir (34).

Vajinal doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir.

Sonuç olarak vajinal bir doğum eyleminin;

- Termde
- Kendiliğinden başlaması
- Tek ve canlı bir fetusun varlığı ile
- Verteks pozisyonunda
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan
- Sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (35).

### **3.2.Vajinal Doğum Eylemi ve Doğuma Yaklaşım**

#### **3.2.1.İlk Değerlendirme**

Fizik muayene, anamnez, obstetrik anamnez, prenatal dönemde yapılan maternal ve fetal değerlendirme ve testlerin sonuçlarının gözden geçirilmesi ve gerekli görülürse yeni laboratuvar testlerinin yapılmasını içerir. Kontraksiyonların başlama zamanının ölçülmesi, fetal zarların durumu, vajinal kanamanın varlığı veya yokluğu, fetal aktivite, en son ne zaman yemek yediği veya su içtiği ve ilaç kullanıp kullanmadığının bilinmesi özel önem taşımaktadır. İlk başvuruda yapılan fiziksel muayenede, annenin vital bulguları dikkatlice değerlendirilmelidir. Fetusun prezantasyon durumu, kalp hızı, uterin kontraksiyonların frekansı, süresi, şiddeti değerlendirilmelidir (36). Pelvik muayeneye engel teşkil eden durum yoksa servikal açıklığın miktarı, efasmanı, eğer membranlar yırtılmış ise mekonyumla boyalı olup olmadığı ve önde gelen fetal kısmın neresi olduğu dikkatlice değerlendirilmelidir (37).

Doğumdaki ilk değerlendirme şunları içermelidir. Hastanın prenatal bilgisi, detaylı hikâye (kontraksiyonların zamanları, fetal membranların durumu, vajinal kanama olup olmadığı), fiziksel muayene ve laboratuvar testleridir. Fiziksel muayenede hastanın önemli belirtileri bulunmalıdır (38). Abdominal palpasyon ile fetüsün büyüklüğü, varlığı ve uzanışı anlaşılabilir. Abdominal muayenenin kısıtlamaları da olsa; doğum için çok önemli bilgiler sağlayabilir (Küçük fetüs, maternal obezite, çoğul gebelik, polihidroamnios) (38, 39).

#### **3.2.2.Doğum Eyleminin Başlangıcı**

Doğum eyleminin başlangıcında progesteron düzeyleri azalmaktadır. Bu da yüksek estrogen düzeyiyle birlikte nöromuskuler bağlantıların oluşmasını

sağlamaktadır. Progesteron düzeyinin azalması aynı zamanda fosfolipaz üzerindeki supresyonu kaldırır. Böylece prostaglandin sentezi artar. Uterusdaki düz kas hücrelerinin Ca geçirgenliğini arttırarak uterus kontraktilesini uyarır ve serviksi yumuşatır. Eylemde oksitosin reseptörleri sayısı artar. Bu durum uterin kontraksiyonların başlamasını ve kuvvetlenmesini sağlar (33).

Normal Travay

1. Dilatasyon

- a. Latent Faz: < 4 cm ve düşük eğim
- b. Aktif Faz: > 5 cm veya yüksek eğim
- c. Deselerasyon Fazı: > 9 cm

2. İnme (desensus) : > 9 cm dilatasyonda aktiftir.

3. Normal travay hızlı progresyon gösterir; multiparlar nulliparlardan daha hızlıdır (27).

Eğer gebe bir kadında hakiki doğum ağrıları başlamışsa, kanlı mukus akıntı saptanmışsa, doğum eyleminin başladığı anlaşılır. Bu bulgulara, amnion kesesinin açılması da eklenmişse, artık hastaneye gelmiş gebe kadının evine gönderilmeden hastaneye kabul edilmesi gerekir. Böyle durumdaki bir gebe artık çok dikkatli bir gözlem altında tutulmalıdır. Çünkü fizyolojik bir olay olan doğum, ani olarak patolojik bir yön alabilir ve böylece annenin ve fetusun hayatı tehlikeye girebilir. Bunun için hemen gebenin anamnezi alınır ve dikkatlice muayene edilir (40). Vajinal doğum eyleminin takibinde prezantasyon, pozisyon ve duruşun kesin değerlendirmeleri çok önemlidir (34). Ağrılar gittikçe şiddetleniyor, aralıkları azalıyor ve süresi uzuyorsa, ağrı etkinliğinin normal bir seyir izlediği anlaşılır. Bu arada kanlı akıntıda biraz artma olur. Bu durum, genellikle yavaş yavaş açılan serviksin kapiller damarlarının yırtılmasıyla ilgilidir. EMR gibi bir durum var ise yüksek riskli gebelik ünitesinde takip edilmelidir (41, 42).

Doğumun ikinci döneminde gebe bazen bir ağrının etkisinden kurtulmaya fırsat bulamadan bir diğer ağrı ile karşılaşır. Bu dönemin sonuna doğru da karın adeleleri ve diafragmanın kasılmalarıyla artan karın içi basıncı da, uterus adelesinin kasılmalarının itici gücüne eklenir. Normal koşullarda fetusun başı pelvis tabanına erişince, rektum üzerinde baskı yaparak ıkınma ağrıları da başlar (43, 44 , 45).

### 3.3. Vajinal Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler

- Doğum kanalı
- Fetus
- Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan birincil güçler
- Annenin psikososyal durumu (35, 46, 47).

Doğumun değerlendirilmesinde pelvik işaret noktaları ve fetüsle ilişkilerinin değerlendirilmesi çok önemlidir (44, 48).

Her doğumda çocuk yani doğum objesi, annenin kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşan doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının ortaya çıkardığı mekanik kanunlara uyarak doğar. Plesantanın dışarı atılması ile doğum tamamlanır olur (48).

Doğumu izleyen dönemde de hormonal değişikliklerin artması ile geçici ruhsal sıkıntılar oluşmaktadır. Bu kadınların %50-70'inde gözlenmektedir. Ağlama, sinirlilik, endişe, unutkanlık, üzüntü veya sevinçle karakterizedir (49).

### 3.4. Doğum Eylemi Mekanizması

Henüz olgunlaşmamış bir fetus, pelvis girimindeki durumu veya fleksiyonunu değiştirmeksizin, maternal pelvise uyum gösterebilir. Eylemin mekanizması şu şekilde işlemektedir:

- Angarjman
- İniş
- Fleksiyon
- İç rotasyon
- Ekstansiyon
- Dış rotasyon
- Ekspulsiyon

Esas hareketlerden birincisi “angarjman” dır. Fetal başın en geniş transvers çapı olan biparietal çapın, pelvis girimi düzlemini geçmiş olmasını belirler. “İniş” ten, eylemin ikinci esas hareketi olarak bahsedilirse de bu, eylemin ikinci evresi boyunca devam eder. Uterus kasılmalarının gücüyle eylemdeki kadının istemli ıkmaları, fetal verteksin pelvis eğilimi boyunca inmesine yardım eder. Angarjman esnasında, sajjital sutur, simfisiz pubisle sakral promontuar arasında, transvers durumdaysa, başın

sinklitik olduğu söylenmektedir. Sajital sutur öne veya arkaya yakın duruyorsa, fetal verteks asinklitiktir. Bunun sonucunda ortaya çıkan posterior veya anterior parietal gelişler, fetus doğum kanalında ilerledikçe düzelebilir veya bir sefalopelvik uyumsuzluk belirtisi olarak düzelmeyip doğuma bir mekanik engel oluşturur (50, 51).

Hakiki doğum ağrılarının başlaması ile baş, fleksiyon durumuna gelir ve fetusun başı öne doğru bükülür. Doğum ağrılarının etkisiyle baş, aşağı doğru inerken iç rotasyon yapar. Bu hareketin nedeni, pelvis giriminde enlemesine çapa paralel olan sutura sagitalisin, baş pelvis tabanına eriştiği zaman, çıkımın en büyük çapı olan ön-arka çapa paralel gelmesinin sağlanmasıdır. Baş bu hareketi ile adeta vida gibi hareket ederek pelvis kanalı içinde aşağıya doğru inmiş olur. Başın iç rotasyonu ve dolayısı ile aşağıya doğru inişinde amniotik sıvı basıncının, fundusun makat üzerinde olan itici etkisinin, kemik pelvisin şeklinin, levator adalelerinin çocuk başına karşı gösterdiği sürtünme direncinin, doğum yolunun kendisine özgü yapısının, abdominal kasların kontraksiyonunun ve nihayet fetusun uyum yeteneğinin çok büyük etkisi vardır. Defleksiyonda ise baş artık iç rotasyon hareketi ile ensesi, simfisize dönük olarak pelvis tabanına erişmiştir. Bu esnada sutura sagitalis, pelvis çıkımının ön-arka çapı üzerinde bulunur. Öne doğru kıvrılan bir parabol şekli gösteren simfisiz altı dirseğini geçebilmesi için baş, oksiputunun tabanını ve ensesini simfisiz kavisinin altına dayar ve doğum ağrılarının etkisi ile boyun omurları düzeyinde defleksiyon yaparak sırası ile önce oksiput, sonra büyük fontanel, alın, yüz, çene perineden kayarak doğar (31).

Dış rotasyonda, baş doğduğu zaman, çocuğun yüzü, annenin perinesine doğru bakar. Bu esnada çocuğun omuzları pelvis girimindedir ve sırtı, annenin karnına doğru dönüktür. Fetusun omuzlarının enlemesine çapı da pelvis giriminin enlemesine çapına paralel bir durumdadır. Fetusun omuzlarının kolayca doğabilmesi için, enlemesine çapını pelvis çıkımının ön-arka çapına uydurması gerekir ve ekspulsiyon aşamasında da fetus dışarı atılır (31, 40).

### **3.5. Plesantanın Ayrılması**

Doğumdan birkaç dakika sonra plesantanın ayrılmasını sağlayan kontraksiyonlar başlar. Uterus şiddetli kasılır ve boyu kısalır. Ancak plesanta yapışmış olduğu yerde bu hareketi takip edemez. Yapışma alanının küçülmesi sonucu yapıştığı yerden ayrılır. Ayrılma desidüa bazalis, spongioza tabakasından olur. Plesanta ayrılması sırasında



açılan spiral arterler miyometrial kasılmalara bağlı fizyolojik ligasyon, aşırı trombosit yıkımı ile artan aşırı tromboplastin ve damar endotel proliferasyonuna bağlı olarak tıkanır. Ayrılma yerinde kopmuş olan uteroplesanter kapillerden çıkan kanama sonucu retroplesantal hematoma oluşur. Bunun sonucu doğumda 100-500 ml kanama olur. Plesanta doğumu ile halas sona erer. Doğum kanalı kapanır (52, 53).

### 3.6. Doğum Eyleminde Ağrı

Doğum ağrılı bir olaydır, ancak bu ağrıyı algılama; kişilerin ağrı eşiği ve kendilerini bu konuya hazırlamaları ile yakından ilgilidir. Annelerin çok genç olmalarının yanı sıra bu konuda önceden bilgi almayışları, tüm bilgilerinin yakın çevrede duyduklarıyla sınırlı kalması nedeniyle ağrıyı dayanılmaz olarak algılamaları doğaldır. Panik-korku ağrıyı daha da çok hissetmelerine neden olmaktadır. Ağrı odasının tek kişilik olmasını istememelerinin tek nedeni de benzer olayı yaşayan kişilerle olmak istemeleri ve kalabalıkta kendilerini daha güvencede hissetmeleridir (8, 11).

Ağrının algılanması her kadına göre farklılık göstermektedir (35).

Eylemin 1.evresinde ağrı;

- Serviksin dilatasyonuna,
- Kontraksiyon sırasında uterusda oluşan hipoksiye,
- Uterusun alt segmentinin gerilmesine,
- Komşu dokulara olan baskıya bağlı olarak gelişir.

Eylemin 2.evresinde ağrıya yol açan nedenler;

- Uterus kaslarının hipoksisi,
- Fetusun perineye olan baskısı,
- Çevre dokulara olan baskıya bağlıdır.

Eylemin 3.evresinde ağrıya yol açan nedenler;

- Uterus kontraksiyonlarına,
- Plesantanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyona bağlı olarak gelişir .

### 3.7.Vajinal Doğumun Avantajları ve Dezavantajları

Vajinal doğumun en önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğum sonrası anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir. Hastanede kalış süresi son derece kısa olmaktadır (54).

Fetus açısından avantajı ise doğum esnasında sıkışıp büzüşen bebeğin akciğerlerinin soluk alıp vermeye daha hazırlıklı olmasıdır. Ayrıca anne ve bebek arasında duygusal temas daha kısa sürede ve güçlü başlamaktadır (55).

Bu avantajların yanı sıra vajinal doğum bazı riskleri de beraberinde taşımaktadır. Bunların en başında tamamen normal seyreden bir doğumun bile her an problem geliştirmeye müsait olması gelir. Bu nedenle vajinal doğum mutlaka hastane koşullarında ve en kısa sürede sezaryene geçilebilecek bir ortamda yapılmalıdır. Diğer bir risk de bebeğin omuzunun takılmasıdır. Son derece nadir görülen bu komplikasyon üzücü bir durumdur. Ayrıca doğum esnasında eylemin fazla uzaması bebeğin oksijensiz kalmasına ve daha sonra da gerek mental, gerekse motor fonksiyonlarında geriliğe neden olmaktadır (54).

Anne açısından önemli risk ise doğum yolundaki yırtıklara bağlı gaita inkontinansına neden olmasıdır. Diğer bir risk de mesane sarkmasıdır. Buna bağlı olarak idrar inkontinansı şikâyetleri görülebilir (54).

Anneleri vajinal doğumdan uzaklaşmaya iten diğer nedenlerin bazıları da psikolojik kökenlidir. Özellikle ilk doğumunu yapacak anneler için, zaman zaman 12 saate kadar sürebilen doğum sancıları büyük korku yaratmaktadır. Ancak günümüzde oldukça popülerite kazanan ağrısız doğum bu korkuları ortadan kaldırmaktadır. Anne adaylarını korkutan diğer bir durum da doğum eyleminin ne zaman başlayacağına önceden bilinmemesidir. Doğumun uygunsuz zaman ve ortamlarda başlayacağı ve dolayısı ile hastaneye yetişememe veya doktoruna ulaşamama korkusu anne adaylarını sezaryene yöneltmektedir (54, 55).

Doğum mekanizması her seferinde kusursuz olarak işlemeyebilir, anne ve bebeğin hayatını tehlikeye sokabilir. Doğum sırasında meydana gelen kayıpları azaltmak için epizyotomi uygulanabilmektedir. Bu nedenlere bağlı olarak doğumda epizyotomi operasyonu çok yaygınlaşmıştır (55, 56).

Epizyotomi yapılmadığı zaman vajina ve perinede parçalı laserasyonlar meydana gelebilir. Epizyotomi ile düz ve itinali bir cerrahi kesi sağlanır. Epizyotominin onarımı daha kolaydır ve yırtıktan daha çabuk iyileşir (56). Epizyotomi ile doğum yaptırılan kadınlarda sistosel, rektosel, uterin prolapsus ve stres inkontinansı sayısında azalma olduğu söylenmekteyken, son zamanlarda epizyotominin sağladığı avantajlar tartışılmaya başlamıştır. Hatta epizyotominin perinede doku hasarını arttırdığı iddia edilmektedir. Bu nedenle her doğumda rutin uygulamak yerine sadece bazı gerekli durumlarda kullanılması önerilmektedir (57, 58).

Epizyotomi ile doğumu seçenler doğumun ikinci aşamasını kısalttığını ve perineye karşı bebeğin kafasının çıkmasını kolaylaştırdığını savunmaktadır (57).

Epizyotomili vajinal doğum yapan annelerin bütün uygulamalara başlama oranlarının sezaryenle doğum yapan annelerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Epizyotomili vajinal doğum yapan annelerin neredeyse tamamının kendi bakımları ile ilgili uygulamalara ilk 8 saatte başladığı, sezaryenle doğum yapan annelerin çok büyük bir kısmının bu uygulamaları 8 saatten sonra yapmaya başladıkları, hatta sezaryenle doğum yapan annelerin bazı uygulamalara doğumdan sonra 24 saat içinde hiç başlayamadıkları tespit edilmiştir (57). Kendi ve yenidoğanın bakımı ile ilgili uygulamalarda, özellikle sezaryenle doğum yapan annelerin büyük bir bölümünün sorun yaşadığı, bütün uygulamalarda en çok ifade edilen sorunun ağrı olduğu, her iki doğum şeklinde de annelerin refakatçilerinden yardım aldıkları görülmüştür (59, 60). Eski sezaryenlilerde ise vajinal doğum denemesi bir takım maternal riskler taşımaktadır. Bunlar arasında uterin skar ayrışması ve hemorajik komplikasyonlar sayılabilir (61).

Vajinal doğumun avantajları hasta yönünden tartışılmaz ölçülerde yüksektir. Ancak çocuk için en emin yolun sezaryen olduğu üzerinde durulmuştur. Ve sezaryen oranı ile hastaya gösterilen itinanın doğru orantılı olmadığı belirtilmiştir (14).

### **3.8.En İdeal Doğum Şekli**

Anne ve baba adaylarını dokuz ay boyunca en çok düşündüren ve endişelendiren konuların başında, doğum şeklinin nasıl olacağı gelmektedir. Gebeliğin son ayında doğum yöntemi için karar alınmalıdır. Bunun için anne ve baba

adayına tüm yöntemler anlatılmalı ve karar doktor ile hastanın ortaklaşa kararı olmalıdır (62).

Kendi isteği ile sezaryenle doğumu tercih edenlerin bebeklerinde solunum sistemi problemleri, normal zamanından önce, bir bakıma hekim ve hastanın ortaklaşa hatası olarak prematüre dünyaya gelmiş bebekler sık görülmektedir. Özellikle bu nedenle, isteğe bağlı "elektif" sezaryenlerin 39. haftadan önce yapılmaması çok önemlidir. Ayrıca vajinal doğum yapabilecek anne adaylarının doğumunun sezaryenle gerçekleştirilmesinin, hem bireylerin hem de ülkemizin sağlık bütçesine getirdiği yük de göz ardı edilmemelidir (5, 15, 62).

Doğum sonrası düşünülürse, en ağrılı yöntem sezaryen ile doğumdur. Ama son yıllardaki uygulamalardan epidural kullanılırsa, ağrıları yok denecek kadar azaltılabilir. Dolayısıyla, sadece ağrıyı düşünerek bir yönteme karar vermek doğru değildir (15). Bu yüzden ağrı korkusunu düşünerek sezaryene karar veren kadınlara, doğru doğum şeklini belirlemede yardımcı olunmalıdır (5).

## 4.SEZARYEN SEKSİYO

### 4.1.Tanım

Sezaryen seksiyoy ya da sezaryen doğum, 20 haftadan büyük olan fetusun abdominal duvardan ve uterus duvarından insizyonla doğumu olarak tanımlanır. Bu tanım uterus rüptürüne bağlı olarak fetusun abdominal yolla dışarı alınmasını veya abdominal gebeliğin tahliyesini içermemektedir (48, 63).

Sezaryen doğumda ciltten başlayarak 8 kat tabaka kesilmekte ve sonra dikilmektedir. Bu tabakalar sırasıyla ;

- Cilt
- Cilt altı yağ dokusu
- Kasların koruyucu kılıfı
- Kas tabakası
- Karın iç zarı
- Uterus zarı
- Uterus kası
- Amnion zarı (64).

Sezaryen en sık uygulanan major cerrahi girişimdir ve ABD’de her yıl 1.000.000 sezaryen yapıldığı bildirilmektedir. Ancak sezaryende vajinal doğuma göre maternal morbiditede çarpıcı ölçüde bir artış olduğu dikkati çekmektedir. Endomyometrit, kanama, idrar yolu enfeksiyonları ve ölümlü sonuçlanmayan tromboembolik durumlar, en sık rastlanan morbidite kaynaklarıdır. Özellikle obez olan hastalarda morbiditede dikkate değer bir artış görülür (65, 66).

Sezaryen operasyonları hem anne hem de bebeğin hayatını korumak için yapılmaktadır. Bununla birlikte maternal morbidite ve mortalite oranı, vajinal yolla gerçekleştirilen doğumlara göre daha yüksek olduğundan, endikasyonlar yerinde olmalıdır (67).

Sezaryen doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik girişim olmakla beraber, diğer major cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikolojik sorunları ve komplikasyonları da beraberinde getirmektedir (68).

Vajinal doğumun anne ve bebek için riskli olduğu durumlarda sezaryen; alternatif olmayan yaşamsal bir operasyondur. Sezaryenle doğum eskiden ölmek üzere olan gebe kadından, yaşamakta olan fetusun canlı olarak alınabilmesi amacı ile kullanılsa da günümüzde cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotiklerin bulunması ve güvenli kan naklinin sağlanabilmesi ile bu durum dışında çeşitli durumlarda da uygulanabilmektedir (69). Sezaryenle doğum vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda, bebeğin zarar görme ihtimali karşısında ya da anne adayını çok hasta ve kan basıncı tehlikeli sayılabilecek kadar yüksek ise tavsiye edilmektedir. Birleşmiş Milletler (BM) uzmanlarının araştırmasında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sezaryen ile doğum yapmada bir artış olduğu belirtilerek bunun anne ve bebek sağlığını tehdit ettiği uyarısında bulunulmuştur (15).

Sezaryenle ortalama kan kaybı 1000 cc dir. Bir kez sezaryen ile doğum yapanların uterustaki skar yerinde rüptür riskini artırdığı gerekçesiyle daha sonraki gebeliklerinde de sezaryenle doğurtulmaları alışkanlığı yaygındır. Oysa son zamanlarda yapılan klinik uygulamalar, eski sekiyoluların %60-80'inin vaginal doğum yapabileceğini ortaya koymuştur (70, 71).

Son araştırmalara göre anormal travay, primer sezaryenlerin yaklaşık %45'ini ve toplam sezaryenlerin de % 33'ünü oluşturmaktadır. Distosiler aynı zamanda son yirmi yılı aşkın sezaryenlerdeki 4 katlık artışın en büyük kısmını oluştururlar (72).

#### **4.2.Tarihçe**

Sezaryen teriminin gerçek kaynağı ve ilk kez ne zaman ve nerede yapıldığı konusu açık değildir. Sezaryen kelimesinin orta çağda Latince kesmek anlamına gelen caedare'den geldiği ve bu şekilde doğan bebeklerin caesones olarak adlandırıldığı tahmin edilmektedir. Gebe bir kadın öldüğünde karnının açılarak bebeğin çıkartılmasını ve bu sayede anne ve bebeğin ayrı ayrı gömülmesini emretmekteydi (73).

François Rousset 1581 yılında ilk kez sezaryen doğumlar ile ilgili yazılar yazmış ve kendisine ulaşan mektupların ışığında 14 tane sezaryen tanımlamıştır. 17. yüzyılın ortalarından başlayarak doğum hekimleri tarafından abdominal doğumlar daha sık bildirilmeye başlanmıştır (63).

Sezaryenin kısıtlayıcı faktörlerinden biri de cerrahi tekniklerdeki yetersizliklerdi. İlk başlarda cerrahlar kestikleri uterusu tekrar dikmekten çekindikleri için fazla miktarda kanama olmakta ve bu kan kaybı nedeniyle anne ölümleri sıkça görülmekteydi. Hatta bazı cerrahlar sezaryen sonrasında kanama ve enfeksiyonu kontrol altına alabilmek için uterusun tümüyle alınmasını önermekteydiler. Rahim duvarlarının dikilmesi ile kanamaya bağlı ölümler azaltılmasına rağmen karın zarı iltihabının önüne geçmekte çok büyük güçlükler vardı. 1907'de karın zarını açmadan sezaryen yapılabileceği fikri ileri atıldı. Bu yaklaşım karın zarı iltihabı riskini daha azaltmaktaydı. 1912 yılında König uterusu diklemesine kestiği klasik insizyonunu tanımlamıştır. Bu sayede uterusun alt kısımları karın zarı ile örtülebiliyordu. 1926'de Kerr uterusun alt kısmından enlemesine kesilmesinin daha az risk taşıdığını ileri sürmüştür. Günümüzde yapılan hemen hemen tüm sezaryen amaliyatlarında Kerr'in 1926 yılında tanımladığı ve kendi adı ile anılan kesi kullanılmaktadır (73, 74).

Ülkemizde anne ve bebeğin her ikisinin de yaşamını devam ettirdiği ilk başarılı sezaryen amaliyatı 1900'lü yılların başında saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından İstanbul Nişantaşında bir konakta gerçekleştirilmiştir (63).

Zaman içerisinde hem cerrahi hem de anestezi tekniklerindeki değişimler, ilaç sektöründeki buluşlar ve dikiş malzemeleri gibi pek çok faktörün etkisi ile sezaryen günümüzde son derece güvenli ve kolay bir ameliyat haline gelmiştir (54, 73, 74).

#### **4.3.Sıklık**

Son yıllarda sezaryen ile doğumlar tüm dünyada koşut olarak artmaktadır (17). Bugün birçok gelişmiş ülkede sezaryen oranı %20- 25 arasında seyretmektedir. Yani her 4 veya 5 bebekten biri artık sezaryen ile doğmaktadır. Amerika Birleşik devletleri'nde 1970'lerde sezaryen ile gerçekleşen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %5,5 iken, 1980 de %16,5, 1993 verilerine göre bu oran %22,8'e yükselmiştir (17, 75). Ülkemizde ise sezaryen oranında çeşitli nedenlerle artış söz konusu olduğu neredeyse % 50'lere yaklaştığı görülmekte ama ülkemizdeki sezaryen ile gerçekleşen doğumlar hakkında kesin bir sayısal veri bulunmamaktadır (15). 1998 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre bölgeler arasında büyük farklar olmakla birlikte genel olarak %13,9 oranında sezaryen ile doğum gerçekleştiği tespit edilmiştir. Değişik araştırmalarda ülkemizin batısında sezaryen ile doğum oranı tüm

doğumlar içinde % 21,9 oranında yer alırken, Doğu Anadolu Bölgesi'nde % 5,7 oranında gerçekleştiği belirtilmiştir (17, 75).

Sezaryen oranlarına bakıldığında gelişmiş ülkeler içinde Amerika ve Brezilya en yüksek, Çekoslovakya, Avusturya ve Belçika ise en düşük sezaryen oranına sahiptir (76).

Bir kadın gebe kaldığında eğer koşullar uygunsa ve bir kadın doğum uzmanı tarafından izleniyorsa; bazen doğum ağrısından, bazen de daha kolay geldiğinden vajinal doğum yerine sezaryen doğumu tercih etmektedirler. Uzmanlar ülkemizde de gebelerin öğrenim düzeyleri yükseldikçe “sezaryen ile doğum” sıklığının arttığını ortaya koymaktadır (17, 77). Annenin hiç okula gitmediği durumda sezaryen ile doğum %5,8 iken, en az ortaokul mezunu olanlarda oran %33,3'e yükselmektedir (17).

Daha önce sezaryen yaptıran gebeler, yeni bir sezaryene aday olan kişilerin başında gelmektedir. Tüm sezaryen olgularının yaklaşık olarak %30'unu daha önce sezaryen olan kadınlar oluşturmaktadır. Özellikle özel sektör hastanelerinde sezaryen ile doğum oranının tüm doğumlar içinde yüksek olduğu görülmektedir (17). Tıbbi gerekliliğinin dışında isteğe bağlı sezaryen seçimi artmıştır. Sadece tıbbi faktörlerin değil bir de sosyal, kültürel, psikolojik faktörlerin de sezaryen seçiminde rol oynadığı belirlenmiştir (78, 79). Sezaryenin artmış olan sıklığının bir nedeni de gebelerin partusunun azalmasıdır (55).

Fransa'da 1998'de yapılan bir araştırmada sezaryene daha çok toplumun isteği ile başvurulduğu belirlenmiştir. Anne hastalık ve ölümleri, devam eden doğumlar, yenidoğanın güvenliği ile ilgili net bir açıklama olmamakla birlikte, büyük oranda anne ve bebek ölümleri, vajinal doğumdan 5-7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (78). İleri yaştaki anne adaylarında, doğum eyleminin uzun sürmesi, sezaryen ile doğum olasılığının artması gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkmaktadır (80).

Sezaryen ile doğum yapan gebelerde belli derecede risk taşıyan, ciddi cerrahi prosedürlerin gerçekleştirilmesi olarak görülmektedir. Bu cerrahi prosedürler komplikasyonların ve iyi tanınmış belirtilerin görülmesinde etkin hale gelmektedir. Doğum yapan diğer gebeler ise sezaryeni en etkili ve en kısa yoldan sonuç veren, en az risk taşıyan yol olarak değerlendirmektedir (81).



Sezaryenle doğum sıklığı artış gösterdiği son 20 yıl içinde doğumda induksiyon uygulamasında da artış oluşu ilgi çekicidir (82). Doğumun tıbbi ve cerrahi induksiyonu, ancak özel endikasyonlar varsa uygulanmalıdır (34). Operasyona bu kadar sık başvurulması çeşitli eleştirilere konu olmuştur; bu eleştirilere göre sezaryenin doğumda “her derde deva” bir yöntem olarak görülmesi bazı sorunlar doğurabileceği üzerinde durulmuştur (82).

WHO'nun 2002 yılında yayınladığı bir raporda sezaryen ameliyatına bağlı mortalitenin Amerika'da 100.000'de 41 iken bu oranın gelişmekte olan ülkelerde 100.000'de 160- 220 olduğu belirtilmiştir (83).

Elektif sezaryen olanlar; doğum ağrısından ya da doğum sırasında bebeğe travma olur diye korktuğu için, daha sonra gelişebilecek olası pelvik relaksasyon nedeniyle, doktor önerisiyle veya sosyal nedenlerle sezaryeni tercih ettiklerini belirtmişlerdir (83, 84).

Elektif sezaryen tercih oranı İrlanda'da %7, Amerika'da %46 arasında değişirken ebelerin yaptırdığı doğumlarda %96 oranında vajinal doğum tercih edilmektedir (84).

Türkiye'de 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin katkılarıyla hazırlanan sağlık raporunda da benzer sonuçlara varılmış ve doktorlar tarafından takip edilen gebelerde sezaryen oranı ebeler tarafından takip edilen gebelere göre çok daha yüksek bulunmuştur (84).

TNSA verilerine göre, annelerin bildirimlerinde, Türkiye'de araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21' inin sezaryenle dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu yüzde, 1998'den (%14) bu yana sezaryenle yapılan doğumlarda %7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Daha ileri yaşlarda doğum yapan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitilmiş kadınlar arasında doğumların sezaryenle yapılması daha yaygındır (85).

Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içindeki her 10 doğumdan 3'ünün sezaryen ile yapılmış olması dikkat çekicidir. İstanbul'da, Batı Marmara'da ve Doğu Karadeniz'de doğumların %30'dan fazlası sezaryen ile yapılmıştır (85, 86).

Gebelerin yaşlarının, paritelerinin, özel hasta olmalarının da sezaryen oranları üzerine etkilerinin olduğu bildirilmektedir. Sezaryen oranlarının azaltılabilmesi için klinik standardizasyon, endikasyonların tartışılması, otokontrol, klinisyenlerin eğitimi,

konsültasyon, gebelerin eğitimi ve üzerindeki zaman baskısı olan klinisyenler yerine, doğum eyleminin takibinde ebelerin de ön plana çıkarılması gerekliliği üzerinde durulmaktadır (87).

Maternal morbiditenin artması, infant mortalitesinde değişiklik olmaksızın operasyon maliyetinin yüksekliği gibi nedenlerle 1990'lı yıllarda sezaryen oranlarında bir miktar düşüş görülse de günümüzde ABD'de sezaryen hızı ortalama %22 civarındadır. Bu inanılmaz yükseliş doktorların yanı sıra sigorta şirketlerini, ekonomistleri, idarecileri harekete geçirmiştir. ABD sezaryen hızının düşürülmesini sağlık politikası olarak ilan etmiş ancak istenen hıza düşürememiştir. Sezaryen ile doğum oranındaki bu yükselme hemen hemen bütün ülkelerde izlenmekle beraber oranlar ülkeler arasında değişiklik göstermektedir (87). Maternal mortalite ve maliyette artışa yol açması, buna karşılık bebek mortalitesi üzerinde belirgin bir etkisi olmaması nedeni ile sezaryen oranlarındaki artış oldukça fazla ilgi odağı haline gelmiştir. Gebelikte %75-80 oranında perinatal morbidite ve mortaliteden sorumlu tutulmaktadır (39).

Optimal sezaryen hızı altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin yükseleceği kabul edilen rakamdır. Bu rakam %15 olarak benimsenmiştir. ABD 1995 yılında 2000 yılı için primer sezaryende hedefledikleri hızı %12 olarak belirlese de bu rakama ulaşamamıştır. ABD'de 1990 yılında, sezaryen oranlarındaki artışa karşı bir tepki olarak bazı kuruluşlar (Healthy people 2000 projesi), 2000 yılında total sezaryen oranını %15' in, primer sezaryen oranını da %12' nin altına indirmeyi hedef olarak belirlemişlerdir (88).

WHO'nun 2002 yılında yayınladığı bir raporda sezaryen ameliyatına bağlı mortalitenin Amerika'da 41/100.000 iken bu oranın gelişmekte olan ülkelerde 160–220/100.000 olduğu belirtilmiştir. Operatif komplikasyonların dikkatli bir cerrahi teknikle azaltılabileceği ve acil vakalarda elektiflere göre daha fazla görüldüğü de bilinen bir gerçektir (89). 37. gebelik haftasından sonraki vajinal doğumlarda, yenidoğanın geçici takipnesi veya respiratuar distress sendromunun görülme oranı 5,3/1.000 iken travayda olmayan sezaryenlerde bu oranın 35,5/ 1000, travayda yapılan sezaryenlerde ise bu oranın 12,2/ 1000 olduğu saptanmıştır (90).

Gelişmiş batı ülkelerindeki artmış sezaryen hızının önemli bir kısmı anne istemine bağlanmaktadır. Gamble ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde sadece

önceki veya şimdiki gebeliğinde obstetrik komplikasyon yaşayan az sayıdaki kadının sezaryen istediği sonucuna varılmıştır (12). Türkiye'deki durumu anlatan bir yazı da Tatar ve arkadaşlarından gelmiştir (75). Türkiye'de her ne kadar yeterli veriler olmasa da sezaryen epidemisinin yaşandığının, bunun yaşanmasında medikal faktörler dışındaki faktörlerin daha çok rol aldığı tartışılmıştır. Özellikle eğitim düzeyi yüksek, zengin annelerin bu epideminin büyük kısmından sorumlu olduğu ve sezaryen hızının yüksek olduğu bir üniversite hastanesindeki durumu aktardıklarını ve çalışmadaki en önemli bulgularının sezaryen olan annelerin hastanede kalma süresi boyunca bu durumlarından memnuniyetsizlikleri olduğunu vurgulamışlardır. Bu memnuniyetsizliklerinin başında emzirme problemleri, hareket kısıtlılığı ve ağrı da rol oynamaktadır. Sezaryenle doğum sonrası, normal spontan doğuma göre bu problemlerle daha sık karşılaşmaktadır (75).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada kadınların çoğu sezaryenden çok vajinal doğumu tercih etmişlerdir. Bu tercih, daha önce hem vajinal hem de sezaryen doğum yapanlarda ve daha önce sadece sezaryen doğum yapanlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Sezaryen ile doğumun artmasında kadınların istekleri gözlenmiştir. Doktorların kadınların kendi isteği ile sezaryen doğum tercihine bir desteği bulunmadığı gözlenmiştir (91).

Daha önce sezaryen doğum yapan kadınlar, daha sonraki gebeliklerinde vajinal doğum yapmaya teşvik edilmektedir. Bu durum artan sezaryen oranlarını düşürmek için bir strateji olarak görülmektedir. Fakat son 5-10 yılda yapılan çalışmalar, vajinal doğum yapmaya çalışan kadınların, planlanmış tekrar sezaryen doğum yapanlara göre ciddi bir şekilde kötü sonuç riski taşıdıkları görülmektedir (92). John Radcliffe Hastanesi'nde yapılan doğumlar incelendiğinde 1976 yılında 4714 olan sezaryen oranları 1996 yılında 6337'e yükselmiştir (92).

Al-Mufti' nin çalışmasında erkeklere kıyasla bayan doğum uzmanlarının önemli ölçüde sezaryen doğumunu tercih ettikleri belirtilmiştir (93). Buna rağmen Kanada'da yapılan bir çalışmada ise erkek doktorların kadın doğum doktorlarına göre sezaryen doğuma daha istekli olduğu görülmektedir (94).

#### 4.4. Sezaryen Oranlarının Artmasının Nedenleri (39,61)

Doğurganlığın azalması  
 Anne yaşında artış  
 Nullipar doğumlarda artış  
 Fetal monitarizasyon  
 Makat gelişlerinde yaklaşım  
 Dava edilme korkusu  
 Sosyoekonomik koşullarda iyileşme  
 Anestezi ve operasyon tekniğinde iyileşme  
 Doğum ağrıları ve doğum ile ilgili faktörler  
 Tekrarlayan sezaryen doğum  
 Distosi  
 Makrosomia (> 4,000 gr. > 4,500 gr)  
 Forseps ve vakum uygulamasının azalmasıdır.

Sezaryen hızının artmasında rolü olan diğer önemli bir neden anne istemidir. Yapılan çalışmalarda anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri anlaşılmıştır. Sezaryen kararlarındaki doktor yönlendirmesini araştıran bir çalışmada şu sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sezaryen oranları, doktorların önceki yılda yaptığı sezaryen oranlarındaki hıza, gündüz saatlerinde olmasına ve cuma günlerinde olmasına bağlı olarak artış göstermektedir (89, 95).

Feminist düşünceye göre kadın, doğumu sonlandırma şekline ve anestezi seçimi hakkına sahip olmalıdır. FİGO ise anne isteminin endikasyon olmayacağını dolayısıyla anne istemi ile sezaryen yapmanın tıbben doğru kabul edilmemesi gerektiğini söylemektedir. Bu tartışmalar yıllardır devam etmektedir. ABD hızı düşürebilmek için çeşitli girişimlerde bulunsa da %2'lik bir düşüş elde etmiştir. İngiltere'de de tartışmalar sürmekte ise de %22 civarında sezaryen oranları mevcuttur. Hollanda, Belçika, Danimarka, İsveç, Norveç ve Finlandiya %12-16 hızını yıllardır istikrarla devam ettirmenin mutluluğunu yaşamaktadır. İskandinav ülkelerinde perinatal morbidite ve mortalite ABD ile benzerken maternal mortalite daha düşüktür. Sezaryen ile doğum yapmanın kadın statüsünün yüksekliği kabul edilen Brezilya'da sezaryen hızı devlet hastanelerinde %50'nin üstünde, özel

hastanelerde ise %100'e yakındır. Anne istemi İtalya'da 23 numaralı kanun ile sezaryen endikasyonu olarak kabul edilmiştir. Kanunun yaygın şekilde uygulanmaya başlandığı tarih olan 1995'de elektif sezaryen endikasyonu toplam endikasyonların %54'ünü oluşturmuştur (89, 91, 96).

Kadınlarda vajinal doğumun en çok korkulan yanı doğum ağrılarıdır. O kadar ki, pek çok kadın sadece bu ağrıları yaşamamak için daha riskli olmasına rağmen sezaryen ile doğumu tercih etmektedir (12). Gebeler, bebek için risklerin oluşumunu önlemek ve seksüel yaşamlarının olumsuz etkilenmesini istemedikleri için, doktorlarla hemfikir olup sezaryen doğumu seçmektedirler (12, 97).

İngiliz tıp dergisi The Lancet, konuyla ilgili olarak, "Sezaryenle doğumdaki artış, muhakkak kaliteli bakım ve hizmet anlamına gelmiyor" ifadelerini kullanmıştır. Bu çalışmalar kadınların, vajinal doğumda iyileşmenin hızlı olduğunu düşündüklerini ve vajinal doğumu tercih ettiklerini ortaya koymaktadır. Yine kadınların sezaryen doğum seçimleri; sezaryen doğumun yüksek oranlarının Belo Horizonte, Natal ve Porto Alegre de yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Latin Amerika'da ise kadınlar, doğum şeklini belirlemede ikinci bir uzman görüşüne odaklanmaktadır (97).

Vajinal doğum veya sezaryen olmasını belirlemede rol oynayan major faktörler (98, 99);

- 1) Ailenin isteği (özellikle annenin isteği)
- 2) Fetusun ve gebenin izlenmesi sırasında anne ve bebeğin yaşam kalitesi ve yaşam devamlılığı için gereken yöntemin doktor tarafından belirlenmesi
- 3) Doğumu yaptıracak kurum ve kuruluşların yaklaşımı etkili olan majör faktörlerdir.

Çocuk Sağlığı ve İnsani Gelişim Enstitüsünün sponsorluğunda 1980 Eylül ayında Sağlık Teknolojisi Milli Merkezi ile birlikte bir konsensus geliştirme konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sezaryen doğum oranlarının yükseldiği bulunmuştur. Bu artışın %90'ının şu 4 endikasyondan kaynaklandığı bulunmuştur (100, 101).

- Distosi (%30)
- Tekrarlayan sezaryen doğum (%25-30)
- Makat prezantasyonu (%10-15)
- Fetal distress (%10-15)

Birleşmiş Milletlerde önceki sezaryen olanlarda takip eden gebeliğinde sezaryeni seçme oranı %36, İsveç'te sezaryeni seçme oranı %29, İskoçya'da ise %22' dir (20).

Hastaların doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumdan korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, hastalar için psikolojik desteğin gözardı edilmesi, doğumda epidural anestezinin yaygın olarak kullanılmaması hastaların sezaryeni tercih etmelerine ve hekimler üzerinde bu yönde baskı yapmalarına neden olmaktadır (97, 100).

#### **4.5. Sezaryen Endikasyonları**

Sezaryen operasyonları genel olarak yorumlanmaya açıktır. Ancak vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı ya da doğumun gecikmesi, anne adayı ve bebek için tehlikeli olduğu durumlarda muhakkak sezaryene başvurulması gerekir (74).

Vajinal yoldan doğumun olmasını engelleyen sebepler doğum yoluyla, doğacak olan grupla (fetus ve ekleri) ya da uterusun fetusu yeterince itmemesi (kontraksiyon zayıflığı) ile kısmen açıklanabilir. Bunların dışında annenin ya da bebeğin doğumun fiziksel ya da psişik travmasından korunması gereken durumlar önemli bir endikasyon grubu teşkil etmektedir (74).

Endikasyonlar sınıflandırıldığında (101) ;

- A-) Anneye ait endikasyonlar
- B-) Fetuse ait endikasyonlar
- C-) Fetus eklerine ait endikasyonlar
- D-) Mediko sosyal endikasyonlar

##### **4.5.1. Anneyle İlgili Endikasyonlar**

1- Geçirilmiş Sezaryen: Sezaryen esnasında uterusu uygulanan kesi bölgesinde uterus kasının bütünlüğü bozulmaktadır. Daha sonraki gebeliklerinde uterus ve fetus tekrar büyümeye başladığında bu eski kesi yerinde bir gerginlik oluşmaktadır. Bu gerginlik kesi bölgesinin kendi kendine açılması ile ya da bölgede uterus rüptürü ile sonuçlanabilir. Böyle bir durum kanamaya yol açarak ve plesantanın işlevlerini

bozarak anne adayını ve bebeği ciddi bir tehlike içine sokacağından daha önce sezaryen ile doğum yapanlar tekrar sezaryen ile doğum yapmaktadır (81, 102).

2- Sefalopelvik uyumsuzluk (CPD): Doğumdan önce tesbit edilebilir ancak bebeğin iri olduğu durumlarda eylemin başlaması ve membran rüptüründen sonra II. fazda 2 saatlik etkin kasılmalara rağmen ilerleme olmamasının görülmesi gerekir. Pelvis giriminde, midpelviste ve çıkışta uyumsuzluklar olabilir ( 103, 104).

3- Dinamik distosi: Serviksin 1 cm / saatlik hızla açılmaması disfonksiyonel eylemi hatırlatmalıdır. Genellikle oksitosin infüzyonu ile açılma sağlanır. Ancak buna rağmen 2- 3 saat boyunca hiç ilerleme olmazsa hastanın durumu tekrar gözden geçirilmelidir (78).

4- Dar pelvis: Bu duruma genellikle anne adayının çocukluk çağında geçirdiği ve kemik pelvis yapısını bozan hastalıklarda rastlanır.

5- Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler: Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkansız kılabilir (78).

6- Annenin sistemik hastalıkları (Kalp problemleri, diyabet, retina dekolmanı gibi) Anne adayının ileri derecede kalp hastası olması ıkınmasına engel teşkil oluşturmaktadır. Benzer şekilde anevrizma gibi beyin hastalıklarında da anne adayının ıkınması sakıncalı olabilir. ıkınma sırasındaki kafa ve karın içi basınç artışı riskli olduğunda sezaryen tercih edilir (35).

7- Uterus rüptür tehdidi: Daha önce sezaryen ile doğum yapan gebelerde uterus rüptürü riski artacağından sezaryen ile doğum tercih edilir.

8- Ağır preeklampsi ve eklampsi: Eklampsinin gelişimi ile konvulsiyonlar gelişir, subaraknoid veya epidural bloklu şiddetli preeklampsi ya da eklampsi vakalarında anneye olduğu kadar fetuse de zarar verebileceğinden sezaryen ile doğum tercih edilir.

9- Kontraksiyonların yetersizliği ve düzensizliği: Doğum eyleminin başlama zamanını uzatacağından sezaryen ile doğum tercih edilir (74, 102).

#### **4.5.2. Fetusle İlgili Endikasyonlar**

1- Prezantasyon, situs, habitus anormallikleri: Belli bir gebelik haftasından sonra fetusun yeri daralacağından pozisyonunu değiştirmesi zorlaşır. 36.gebelik haftasından

sonra fetusun uterus içinde enlemesine durması sezaryen için mutlak bir neden teşkil eder.

2- Fetal Distres: Uteroplental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitörizasyon yapılmasının aralıklı yapılan kalp hızı oskültasyonuna bir üstünlüğü olmadığını saptanmasına rağmen fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır (78).

3- Miad Aşımı: 42 hafta aşılmasına rağmen eylem başlamamışsa sürmatürasyondan bahsedilir. Postmatürite sendromu gelişip gelişmediği önemlidir.

4- Fetus anormallikleri: Hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik gibi durumlardır.

5- Rh uygunsuzluğu: Ağır formlarında hidrops gelişebilir (74, 78).

#### **4.5.3. Fetus Eklerine Ait Endikasyonlar (74, 98)**

1- Kordon komplikasyonları

2- Ablatio plesanta

3- Plesanta previa: Plesantanın serviksi tümüyle yada kısmen kapatması şeklinde görülür. Kısmi kapatma durumlarında doğum eylemi esnasında serviks açılırken aşırı kanama olabileceğinden, tümüyle kapatma durumunda ise fetus hiçbir şekilde kanala giremeyeceğinden doğum mutlaka sezaryenle gerçekleştirilir.

4- Hidroamnios

#### **4.5.4. Mediko Sosyal Endikasyonlar (74)**

1- Primipar yaşı

2- Sterilite tedavisi görmüş olgular

### **4.6. Sezaryende Bakım**

#### **4.6.1.Preoperatif Bakım**

Sezaryen ile doğum yapacak gebe operasyon öncesi değerlendirilmeli, hematokriti görülmeli, ultrasonu yapılmalı, 8 saat öncesinden oral beslenme kesilmeli, 1 saat öncesi aspirasyon riskine karşı antiasid verilmelidir (76).

Aktif kanama, preeklampsi, Hellp sendromu, koagülopati durumlarında 2 ünite eritrosit süspanasyonu hazır olmalıdır. Operasyon başlamadan %5 dekstroza veya



ringer laktat infüzyonu yapılmalı, mesaneye foley kateter yerleştirilmeli veya operasyonda mesane boş olmalıdır (76).

Radyolojik tetkikler: CPD, fetal anomalilerin tanınmasında, özellikle ultrason ile pozisyon, büyüklük, plesanta lokalizasyonu belirlenmesi önemlidir (105).

Sezaryen kararı planlı ya da acil olarak alınabilir. Her iki durumda da annenin ve ailenin sezaryene ilişkin bilgi ve duyguları araştırılmalı ve gerekli açıklamalar yapılmalıdır ve ameliyat için aile ve anneden izin alınmalıdır (78). Elektif vakalarda beklenmeli ancak travay geciktirilmemelidir (106, 107, 108).

-Karın ve pubis bölgesi traş edilmelidir.

-Üst solunum yolları enfeksiyonları, anemi, elektrolit imbalansı düzeltilmelidir, mekanik ve antiseptik temizlik yapılmalıdır. Mesaneye sonda takılmalı, lavman yapılmalıdır.

-Ağızdan bir şey alması önlenir.

-Hastanın konforu sağlanır.

-Giysileri ve takıları çıkarılır.

-Preoperatif medikasyon yapılır.

#### **4.6.2.Postoperatif Bakım**

-Hastaya rahat bir pozisyon verilir.

-Hasta birkaç saatte bir hipostatik pnomoni tehlikesine karşı pozisyonu değiştirilir.

-Vital bulguları gözlem altında tutulur.

-En az 8 saatte bir fundus ve loşia kontrolü yapılmalıdır. Bunun yanında 1.gün operasyon sonrası drenajı sağlamak için serviksin dilatasyonu gereklidir. Bu, operasyon sonrası vajinal kanama olmazsa yapılır. Yapılmazsa loşia içeride birikir ve şiddetli kanama, uterin disfonksiyon ve tehlikeli enfeksiyonlara yol açar (106, 108).

-Kanama ve karın pansumanı izlenir.

-İlk 24-72 saat IV beslenir, bulantı geçtikten ve barsak fonksiyonları normale döndükten sonra ağızdan beslenebilir.

-Operasyon sonrası 12 saat içinde ambulasyon olmalıdır. Böylece mesane dilatasyonu, tromboemboli, akciğer embolisi önlenir.

- Hasta ekstremitelerini sık hareket ettirmemeli, derin soluk alıp vermeli, sağına soluna dönmeli, gerekirse ekstremitelerine masaj yapılmalıdır.
- İlk 24 saatte ağrı hissetmemesi için yeterince ve etkili analjezikler uygulanmalıdır.
- Uterotonikler verilmez, aksi halde dikişler gevşek kalır.
- Hasta derin soluk alıp vermeye ve öksürmeye teşvik edilmelidir.
- Kan kaybı yakından gözlenmeli ve anemi mutlaka transfüzyon ile giderilmelidir .
- İkinci gün barsak atonisi sık görülür. Bunun için kan elektrolitleri tayin edilir ve özellikle hipopotasemi giderilir. Rektal tüp konması ve erken ambulasyon distansiyonu çözer. Barsak peristaltizmi tam başlayınca lavman veya rektal supozitivar uygulaması yapılır.
- Hasta bebeğine meme vermeyi denemeli, meme temizliği çok özenle yapılmalıdır (12, 109).

#### **4.6.3. Sezaryen ile Doğum Yapan Hastaya Yaklaşım**

Çoğu kadın doğuma geldiğinde vajinal doğumu beklemekte fakat bazı nedenlerden dolayı sezaryenle doğum yapmaktadır. Annelik rolüne uyum sağlamada ona yardım edilmesi postpartum dönemin daha pürüzsüz olmasını sağlayacaktır. Abdominal insizyon yükünün eklenmesiyle ortaya çıkan en büyük endişe, annenin bebeğine bakmada, kendini yetersiz hissetmesidir (109).

İyi hazırlanmış olan hastaların, çok az bilgi verilen hastalara oranla anestezi almalarında daha az güçlük çektikleri ve ameliyat sonrasında hastanede daha az süre yatmayı gerektirdikleri ve daha az komplikasyon gösterdikleri saptanmıştır. Bu nedenlerden dolayı ameliyat öncesi dönemde hastanın bilmek istediği ve bilmesi gereken konular hakkında gerekli bilgiler verilerek endişe ve korkuları azaltılmalıdır. Verilen bilgiler hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır. Hatta bunlar yapılırken babanın da katılımı sağlanmalıdır. Preoperatif dönemde annede görülen küçük üzüntülerin postoperatif dönemde büyük kaygılar doğuracağı unutulmamalıdır (74, 109, 110).

#### **4.7.Komplikasyonlar (61, 111, 112)**

##### **4.7.1. Anne İçin**

- 1-) Annenin mesanesine travma
- 2-) Annenin barsağına travma
- 3-) Uterin arter kesisi
- 4-) Serviks ya da vajen kesisi
- 5-) Uterin atoni
- 6-) Geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar
- 7-) Plasentanın yapıştığı yerden kanama
- 8-) Uterin rüptür
- 9-) Endometrit ( %20- 40 oranında en sık görülen komplikasyondur.)
- 10-) Yara enfeksiyonu
- 11-) Yarada hematom
- 12-) Septik pelvik tromboflebit
- 13-) Pulmoner emboli gibi tromboembolik durumlar
- 14-) Pıhtılaşma bozuklukları
- 15-) Şiddetli sepsis
- 16-) Anestezi komplikasyonlarıdır.

##### **4.7.2.Fetus İçin**

- 1-) İlk birkaç gün içinde solunum sıkıntısı
- 2-) Uterusa yapılan insizyon esnasında yaralanma
- 3-) RDS

Bu komplikasyonlar ender olsa da, vajinal doğum sağlıklı bir anne için dört kat daha güvenli olup, yalnız bazı kalp sorunları gibi kişisel tıbbi durumlarda vajinal doğum riski sezaryenle doğum riskinden daha fazla olmaktadır. Bir yılda ortalama 500 kadın kanama, enfeksiyon ve sezaryenin diğer komplikasyonları nedeni ile ölmektedir (111).

Sezaryen seksiyodan sonraki ortalama maternal mortalite ve morbidite oranları operasyonun riskinin çok az olduğunu göstermektedir. Genel olarak sezaryene bağlı ölüm riskinin vajinal doğuma göre enaz 2 kat fazla olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Veriler komplike olmayan bir multiparda spontan vajinal doğumun

bebek için elektif mükerrer sezaryen seksiyodan daha az tehlikeli olduğunu göstermektedir. Sezaryenin bizzat kendisinin solunum sorunlarına yol açtığına dair bulgular vardır (34).

#### **4.8. Sezaryenin Kontrendikasyonları**

Sezaryen seksiyonun major kontrendikasyonu gerçek bir endikasyonun yokluğudur. Karın duvarının pyojenik enfeksiyonları, ölü veya anomalili fetüs, yeterli olanakların ve asistansın bulunmaması da diğer kontrendikasyonları oluşturur (97, 103). Ölü çocuğa genel olarak sezaryen ile doğum yaptırılmaz. Böyle bir durumda parçalayıcı bir operasyon veya provakasyon yapılarak vajinal yol kullanılır (101). Bazı durumlarda çocuk ölü bile olsa sezaryen yapılır. Dekolman plesanta, plesanta previa, doğum kanalını tıkayan, kapatan, aşağı doğum yolu sebepleri, konvülziyon geçirmekte olan eklampsi vakalarında, hidrosefali ve anormal çocuklarda, yapışık ikizlerde çocuk ölü bile olsa sezaryen yapılır. Artık hidrosefalide çocukların başı ufaltılıp vajinal yolla doğurtulabiliyor veya erken dönemde sezaryen ile doğum yaptırılıp, beyin cerrahisi ile şant açılabilir (109).

#### **4.9. Sezaryen Doğumun Yararları ve Riskleri**

Sezaryenle doğum mutlaka anne, bebek ve baba üçgenini içeren bir yaklaşım gerektirmektedir. Annelerin postoperatif dönemde en çok ağrı, yeterli hareket edememe ve gaz gibi fiziksel sorunlardan yakındıkları, anne ve babanın sağlık düzeylerine, yapılan ameliyata ve hastaneden çıktıktan sonraki döneme ilişkin olarak bilgi ihtiyacı içinde oldukları belirlenmiştir (113).

Bebeklerin ise fiziksel yönden sezaryenle doğumdan olumsuz olarak etkilenmedikleri, bebeklerin anne yanına verilmiş ve ilk beslenme zamanının sezaryenle doğum nedeniyle uzadığı ve bu doğum şeklinin ebeveynler tarafından vajinal doğumun yanında alternatif bir doğum olarak kabul edildiği saptanmıştır (113).

Sezaryen anne sağlığı üzerinde enfeksiyon, kanama, transfüzyon, diğer organların hasarı, anestezi komplikasyonları, psikolojik komplikasyonlar gibi tıbbi risklere yol açıp, vajinal doğuma göre dört kat daha fazla anne ölümüne neden

olmaktadır (114). Sezaryenin en iyi şartlar altında yapılması dahi, hâlâ %1 anne ölümlerine yol açmaktadır (115).

Sezaryen ile doğumlarda vajinal doğuma kıyasla daha fazla kanama olmaktadır. Normal vajinal doğumda ortalama 500 cc kan kaybı olurken sezaryende 1000cc kadar kayıp olmaktadır (61).

Sezaryen ameliyatlarından sonra en sık görülen ölüm sebepleri arasında; akciğer embolisi, kanama, anestezi komplikasyonları, enfeksiyon sayılmaktadır (116).

Prezentasyon bozukluklarında anne ve fetus doğum distosisine karşı önemli bir risk oluşturmaktadır. Böyle bir durumda sezaryenin anne ve fetusa faydalı olacağını göstermektedir (39).

Sezaryende en önemli riskler doğum sonu dönemde ortaya çıkmaktadır. Bunlardan en önemlisi anestezi komplikasyonları, pıhtılaşma bozuklukları, yara enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonları, çok az hastada da mide ve barsak problemleri oluşturmaktadır. Pıhtılaşma bozukluğuna (DVT) sezaryende vajinal doğuma göre 3-5 kat daha fazla görülmektedir. Risk faktörleri; obezite, ilerlemiş anne yaşı, çok doğum yapmış olma, hastaneye yetiştirilememedir (39).

Sezaryen sonrası en sık yaşanan fiziksel sorunlar sırasıyla; bebeğin bakımını üstlenmede güçlük, aktivite intoleransı, kendi bakımını sürdürmede güçlük, yorgunluk, uykusuzluk, emzirmede güçlük, karında gerginlik ve gaz, entübasyona bağlı boğazda tahriş ve meme problemleridir. Psikososyal sorunlar arasında en yaygın olanlar, bebeğini görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık, bebeğine bağlanmada güçlük, üzüme ve suçluluk duyma, beden imajında bozulma, evde rollerini sürdürememe endişesidir. Sezaryen doğum yapan kadınların erken dönemde fiziksel ve psikososyal sorunları oldukça yaygındır (68).

Sezaryenle doğan bebeklerin gastrointestinal sistemi ilk olarak sağlık personelinin, entübasyon ya da diğer girişimsel işlemlerden ve hastane florasından kaynaklanan organizmalarla karşılaşmaktadır (105).

Sezaryenle doğum ayrıca anne ile yenidoğan arasındaki etkileşimi geciktirmekte, emzirme ve aile bağlarının sağlanmasında sorunlara neden olabilmektedir (114).

Vajinal yoldan ve sezaryen ile doğum yapmış anneler arasında, bebeklerine dokunma sıklığı ve süresi bakımından bir fark saptanmamıştır; sezaryen uygulanan anneler bebeklerine belirgin derecede daha az dokunmuşlardır (bitkinlik ve rahatsızlık hissi nedeni ile). Buna ek olarak bebeğin babasının odada varlığı da sezaryenli gruptaki annelerin bebeğe dokunma sıklık ve süresinin azalmasında önemli bir etki yapmıştır. Vajinal doğum yapan annelerin grubunda ise böyle bir etki saptanmamıştır. Bebeğin cinsiyeti, ırk, doğum sayısı, sağ ve sol eli kullanma, beslenme yöntemi, bebeklerde daha önceki deneyimler veya bebeği doğum odası ya da yoğun bakım odasında görme gibi değişkenler bakımından anlamlı farklar saptanmamıştır (62).

Sezaryenle doğum yapmış kadınların yaşam kaliteleri incelendiği, yaş, eğitim durumu, cinsel yaşamın etkilenme durumu gibi değişkenlerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarını etkilemediği, buna karşın 30 ve üzeri yaş, eğitim düzeyinin artışı, gebelik sayısında azalma gibi durumların yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak sezaryen ameliyatının annelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (117).

#### **4.10. Anne İsteminin Yeri**

Artan sezaryen oranlarını açıklamasında ve yasal bir dayanak bulunmasında son zamanlarda batı ülkelerinde sıklıkla dile getirilen bir konsepttir. Yüzyılın başında kadınların doğurgan dönemlerinden sonraki yaşam süreleri birkaç yılken, artık menapoz sonrası kadınlar ortalama 30 yıl yaşamaktadırlar. Eskiden stabil bir populasyon sağlamak için kadınlar 5-6 kez doğurması gerekirken, bu rakam şimdi 2'ye düşmüştür. Kadınların uzayan yaşam süresi seksüel fonksiyonların daha uzun süre korunması ve kaliteli yaşam isteğini beraberinde getirmiştir (95).

Sezaryen sonrası daha az oranda görülen pelvik relaksasyon vakaları ve inkontinans oranının daha düşük olması ve kadınların sezaryenin bebekleri için daha sağlıklı olduğu düşüncesi anne istemine temel oluşturan etkenlerdir (95, 103).

Kadınların tercihiyle ve 21. yüzyılda sezaryen girişimi sonrasında doğumun tıbbi görüş alanıyla ilgili kritik sorular halen yanıtlanmamıştır (73).

Vajinal doğumla kıyaslandığı zaman, sezaryen ile bağlantılı hastalık ve ölümler açıkça ilişkili olduğu bulunmuş fakat gebelerin bunu bilmesine rağmen talepte azalma görülmemiştir (92).

Şikago Ravenswood Hospital Medical Center'da 1999'da yayınlanan bir çalışmada hastanedeki kadın doğum uzmanları sezaryen oranları %15'in üzerinde ve altında olmak üzere iki gruba ayrılmış ve bu gruplar birbirleriyle kıyaslanmıştır. 1994'te 24,5 olan toplam sezaryen oranı 1997'de %15,5'e düşmüştür. ( $p < 0,0001$ ). (118, 119).

Sezaryen doğum yapan kadınların vajinal doğum yapanlardan farklı olan fiziksel ve psikososyal sorunlarının dikkate alınması ve kadına ameliyat geçirmiş bir hasta olarak da bakım verilmesi gerekliliği üzerinde durulmaktadır (120).

Eski sezaryen vakalarında sezaryen operasyonunun tekrarlanması, ABD'de son 20 yıl içinde sezaryen doğumlarının giderek artmasının başlıca nedenlerindedir. Toplam sezaryen doğumu oranlarını düşürmeye yönelişte, eski sezaryen vakalarında sezaryen operasyonunun tekrarlanmasının koşul olup olmadığı tartışılmaya başlanmıştır. Eski sezaryen vakalarında doğum eylemi denemesinin güvenli olduğunu gösteren vaka gruplarına ilişkin verilere dayanılarak, "American Collage of Obstetricians and Gynecologists" (ACOG= Amerikan Kadın Doğumcular Birliği), 1988'de bir "komite görüşü" yayımlanmış ve bir kontraendikasyonun bulunmadığı hallerde, önceden sezaryen doğumu geçirmiş bir hastaya, yeni gebeliğinde doğum eylemini denemesi yönünde öneri ve cesaret verilmesinin uygun olduğu bildirilmiştir (10, 120). Uygulama mutlaka acil sezaryen şartlarına sahip merkezlerde yapılmalıdır (85).

1916'larda ortaya atılan "Bir defa sezaryen, hep sezaryen" kavramı, Kerr tarafından transvers insizyonunun kullanılmaya başlanması ile ve yapılan çalışmalarda uygun vakaların güvenli bir şekilde vajinal doğum yaptırılabilceğinin gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiş gözükmektedir (69, 111).

Sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında, seçimli sezaryene göre bilgilendirerek karar vermek; kadın ile doktoru arasında bir işbirliğine ihtiyaç duyar, bunda açık olan kültürel olarak uygun olması, kadınları kişisel ihtiyaçları ve değerleri konusunda tanımaya ve açık şekilde ifade etmeye cesaretlendirilmesi ve tartışmaya

zemin için önyargısız bilgi sağlamasıdır. Doğum öncelikleri ihtiyaçlarla, değerlerle, beklentilerle ve geçmiş tecrübelerle yakından ilgilidir (111).

Yüksek kaliteli kararlar hastaların seçenekleri hakkında bilgi sahibi olduklarında, sonuçlarla ilgili gerçekçi beklentileri olduğunda ve kararla ilgili kendi kişisel değerleri hakkında net ve açık olduklarında verilir. Kadınlar güçlü önceliklere sahip olduklarında kararlarını şunlar üzerine vermek isterler; gelişmiş bilgi, gerçekçi beklentiler, kişisel değerlerle tutarlılıktır (24).

Geçirilmiş sezaryen sayısı azaldıkça uterus rüptür riski de azalmaktadır. Daha önceki sezaryenleri makat geliş ya da fetal distres nedeniyle yapılan hastalar distosi nedeniyle yapılanlara göre daha başarılı vajinal doğum yapmaktadırlar (69).

Sezaryenden önce veya sonra geçirilmiş vajinal doğumlar da yapılacak vajinal doğumu kolaylaştırmaktadır (69). Sezaryen sonrası vajinal yoldan doğum yapmış olgularda, tekrar vajinal yoldan doğum yapma şansının geçmişte hiç vajinal doğum yapmayanlara oranla yaklaşık 20 misli daha yüksek olduğu saptanmıştır (121).

Elektif sterilizasyon sezaryen için bir endikasyon teşkil etmemektedir. Çünkü postpartum tüp ligasyonunun morbiditesi daha azdır. Sezaryen sonrası vajinal doğum denenecek hastalara oksitosin veya prostaglandin verilirken çok dikkatli olmalı ve yakın monitorizasyon yapılmalıdır. Elektif mükerrer sezaryen yapılacak hastalarda da doğum zamanını iyi belirlemeli fetal matüriteden emin olunmalıdır. Emin olunamadığı durumlarda spontan eylemin başlanması beklenmelidir. Aksi takdirde iatrojenik prematüriteye neden olunabilir (69, 122).

#### **4.11. Doğumla İlgili Annenin Kayguları**

Bazı kadınlar için anneliğe geçiş peri masallarını andırır ve hayalleri gerçekleşmiş gibi gelirken; bazıları da bu deneyimi kâbus şeklinde yorumlamaktadırlar. Yine bir çoğu için annelik, kendi kişisel kimliği üzerinde önemli etkileri olan bir yaşam olayı olarak görülmekte iken bazılarında göre anne olma yenidoğan bakımının neden olduğu özgürlük kısıtlamasını ve sosyal izolasyonu simgelemektedir (52).

Annenin kaygılarının azalması ve bebeğin daha az stres yaşaması için tek başına teknik uzmanlık bilgisi yeterli değildir (7).



Tüm anne adayları, gebeliklerinin herhangi bir döneminde ve özellikle de doğum yaklaştıkça doğum tercihi konusunda ikilem yaşarlar. Bazı anne adayları vajinal doğum sancılarının “dayanılabılır” nitelikte olduğunu belirtirken diğerleri bunun “tarif edilemeyecek kadar ağrılı” olduğunu belirtmektedirler (12).

#### 4.12. Doğumla İlgili Memnuniyet

Shorten ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil sezaryenlerin doğumla ilgili memnuniyet oranları en düşüktür. Özellikle Avusturalya’da, vajinal doğum en yüksektir ve yine Avusturalya’da bazı kadınlar tercihlili sezaryeni tercih ettiklerini söylemelerine rağmen vajinal doğum yapmışlardır. Genelde tercihlili sezaryen oranları yüksek olmasına karşın, vajinal doğum gerçekleştiren kadınların memnuniyet oranı da en yüksek çıkmıştır. Bu bulguya rağmen aletli doğum veya acil sezaryen gerçekleştiren kadınlar da vajinal doğum yapanlara dahil edilmişlerdir ve bu doğumları yapanların düşük memnuniyet oranları, tercihlili sezaryenin memnuniyet oranlarının daha yüksek çıkmasını sağlamıştır. Bu bulgu göstermektedir ki, herhangi bir hastanenin yüksek oranda vajinal doğum olmasına isteksiz oluşu, ortalamada, kadınların tercihlili sezaryenden yüksek oranda memnun olmasını sağlamaktadır. Sezaryen sonrası vajinal doğumu seçen kadınların bilgilendirilmesi ve özellikle aletsiz vajinal doğum oranlarının geliştirilmesi ile genel olarak memnuniyet oranları arttırılabilir (24, 123).

Sezaryen sonrası vajinal doğum oranının %60 ile %80 arasında olması gerektiği söylenirken; bu oran Yeni Güney Galler’de %48’den az gerçekleşirken, Avusturalya’da %74’den fazla gerçekleşmiştir (24).

Gonen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çoğu kadın (%91) vajinal doğumu tercih etmesine karşın, kadınların bir kısmı doğum tercihinde kadının iradesini desteklemektedir. Kadınların %50’si talep halinde sezaryen doğum yapma konusunda istekli olacağını ifade etmiştir. Vajinal doğumun daha iyi bir seçim olmasına rağmen, doğum tercihinde kadının iradesini de desteklemektedir (123).

Doğum sürecinde kadın doğumcular çift yönlü bir sorumluluk taşırlar. Profesyonel etik kuralları çerçevesinde kadınla işbirliği içinde sağlıklı bir gebelik dönemi ya da olumlu bir doğum deneyimi geçirmelerine yardımcı olacaklardır.

Kadınların ilk sezaryen tercihinin üstünde ikinci ve hep sezaryenin olacağı kaçınılmazdır (124).

Sezaryen kararı vermede tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de etik problemler vardır. Etik problemler de tıbbi problemler gibi çözülmeyen asla kalamazlar. Etik problemlerin çözülmeyen bırakılması demek, hastalığın prognozunu olumsuz etkilemek demektir (84).

ACOG un yayınladığı yazıya göre “Eğer doktor sezaryen doğumun kadının sağlık ve huzuruna katkıda bulunacağı düşünülüyorsa, etik olarak sezaryen doğum yapmada haklıdır.” şeklinde bir ifade yer almaktadır (125). Bir kadın ilk doğumunu yaparken, daha sonrakilerde bunun etkisini göreceğini düşünmelidir ve bu bilgi kadına doktoru tarafından verilmelidir (126).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma hastanede doğum yapan gebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası vajinal doğum ve sezaryen ile doğuma ilişkin bilgi düzeylerini ve tecrübelerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Afyonkarahisar ili sınırları içinde bulunan Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği ile Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Araştırma Etik Kurul onayından geçtikten sonra kurum yetkililerinden izin alınarak, 01.05.2006- 01.08.2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Afyonkarahisar ilinde 2006 yılı itibari ile anketlerin uygulandığı dönemde (Mayıs-Ağustos) toplam 2974 doğum gerçekleştiği belirlenmiştir. Kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, örneklem seçilmeksizin Afyonkarahisar il merkezinde bulunan iki hastanede 01.05.2006- 01.08.2006 tarihleri arasında doğum yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur. Araştırmaya 371 gebe alınmış, 4 gebenin telefonuna ulaşamadığı, 6 gebe de araştırmaya katılmak istemediği için araştırma kapsamına alınmamıştır ve toplam 361 gebe ile araştırma sürdürülmüştür.

### 5.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri veri toplama formu aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatürden elde edilen bilgiler ışığında hazırlanmıştır.

Araştırmaya 37-40. haftalar arasındaki ankete katılmaya gönüllü gebelere anket uygulanmıştır. Gebelerin telefon numaraları alınıp doğumdan bir hafta sonra farklı

bir anket uygulanacağı belirtilmiştir. Araştırmaya gönüllü olmayan, anket sorularına cevap vermek istemeyen, telefonu olmayan, telefon numarası vermekten çekinen gebelere anket uygulanmamıştır.

Veri toplama formu doğum öncesi ve doğum sonrası olmak üzere iki formdan oluşmaktadır. Birinci bölümde gebelerin demografik özellikleri, doğum hakkındaki bilgi düzeyleri, doğum tercihleri, doğum tercihlerinin nedeni ile ilgili 16 soru bulunurken; ikinci bölümde de gebelerin doğum zamanı, doğum şekli, doğum tercihinin nedeni, tecrübeleri ve memnuniyetlerine belirlemeye yönelik 16 soru bulunmaktadır.

### **5.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

Araştırma gerekli resmi izin alındıktan sonra doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde bulunan annelerden de izin alınarak yapılmıştır. Veri toplama formları uygulanmadan önce, gebelere araştırmacı tarafından amaç açıklanmış ve izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Veri toplama formları son trimesterde 37-40. haftalar arasındaki gebeler ile doğumdan 1 hafta sonraki kadınlara (Aileler doğum sonrası hemen aranmasını istemedikleri için) doldurulmuştur. Formun uygulanması gebe ile kurulan iletişime bağlı olarak 20-30 dakika sürmüştür.

### **5.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

361 gebeden elde edilen veriler SPSS for Windows 11.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programına kodlanarak girilmiştir ve istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde Yüzdellik, Crosstabs, Chi-Square Test, Pearson Chi-Square Test, Fisher's Exact Test, iki ortalama arasındaki önem kontrolünde T-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 6.BULGULAR

**Tablo 6. 1. Demografik Özelliklerin Doğum Öncesi Duruma ve Doğum Sonrası Doğum Şekline Göre Dağılımı**

Demografik Özellikler	Doğum Öncesi		Gerçekleşen Doğum Şekli	
	Normal doğum	Sezaryen	Normal doğum	Sezaryen
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
<b>Yaş</b>				
16-24	150 (74,6)	51 (25,4)	92 (45,8)	109 (54,2)
25-34	81 (58,3)	58 (41,7)	54 (38,8)	85 (61,2)
35 ve üstü	16 (76,2)	5 (23,8)	5 (23,8)	16 (76,2)
Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	151 (41,8)	210 (58,2)
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur yazar değil	12 (85,7)	2 (14,3)	7 (50,0)	7 (50,0)
İlkokul	153 (73,6)	55 (26,4)	86 (41,3)	122 (58,7)
Ortaokul-lise	70 (60,9)	45 (39,1)	50 (43,5)	65 (56,5)
Yüksekokul	12 (50,0)	12 (50,0)	8 (33,3)	16 (66,7)
Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	151 (41,8)	210 (58,2)
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyorum	15 (57,7)	11 (42,3)	12 (46,2)	14 (53,8)
Çalışmıyorum	232 (69,3)	103 (30,7)	139 (41,5)	196 (58,5)
Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	151 (41,8)	210 (58,2)
<b>Evlilik Yaşı</b>				
16-24	234 (69,6)	102 (30,4)	139 (41,4)	197 (58,6)
25-35	13 (54,2)	11 (45,8)	12 (50,0)	12 (50,0)
36 ve üstü	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	1 (100)
Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	151 (41,8)	210 (58,2)
<b>Sosyal Güvencesi</b>				
Emekli sandığı	24 (58,5)	17 (41,5)	15 (36,6)	26 (63,4)
SSK	119 (68)	56 (32,0)	73 (41,7)	102 (58,3)
Bağkur	22 (59,5)	15 (40,5)	15 (40,5)	22 (59,5)
Yok	82 (75,9)	26 (24,1)	48 (44,4)	60 (55,6)
Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	151 (41,8)	210 (58,2)

**Gelir Durumu**

150 - 399 YTL	98 (72,6)	37 (27,4)	59 (43,7)	76 (56,3)
400 - 649 YTL	100 (72,5)	38 (27,5)	57 (41,3)	81 (58,7)
650 -1000 YTL	31 (54,4)	26 (45,6)	22 (38,6)	35 (61,4)
1000 YTL üzeri	18 (58,1)	13 (41,9)	13 (41,9)	18 (58,1)
Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	151 (41,8)	210 (58,2)

**İkamet Ettiği Yer**

Kent merkezi	102 (61,1)	65 (38,9)	57 (34,1)	110 (65,9)
İlçe	44 (72,1)	17 (27,9)	34 (55,7)	27 (44,3)
Köy	101 (75,9)	32 (24,1)	60 (45,1)	73 (54,9)
Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	151 (41,8)	210 (58,2)

16-24 yaş grubundaki gebelerin doğumdan önce %74,6'sı normal doğumu tercih ederken, %45,8'i normal doğum gerçekleştirmiştir. Yaşın artmasına bağlı olarak kadınların sezaryen ile doğum oranlarının arttığı gözlenmiştir.

Yüksekokul mezunu olan gebelerin % 50'si doğum öncesi sezaryen ile doğum yapmak istediğini belirtmiş, ancak %66,7'si sezaryen ile doğum yapmıştır. Yüksekokul mezunlarında sezaryen ile doğum yapma oranı yüksek bulunmuştur.

Çalışmayan gebelerin %69,3'ü doğum öncesi dönemde vajinal yolla doğum yapmak istediklerini belirtmelerine karşın, aynı hastaların doğum sonu süreçte hangi yolla doğum yaptıkları araştırıldığında sadece %41,5'inin vajinal yolla doğum yaptığı görülmüştür.

Araştırmamıza katılan 36 ve üzeri yaş grubunda evlenen kadınların oranın çok az olmasının (%1) yanı sıra doğum öncesi ve doğum sonrası sorulduğunda hepsi sezaryen ile doğum yapmak istediğinin altını çizmiştir.

Sosyal güvencesi olmayanların doğum tercihi normal doğum (%75,9) iken doğum sonrası incelendiğinde normal doğum oranının düştüğü (%44,4) belirlenmiştir. Gelir durumları yüksek olan gebelerle gelir durumu düşük olan gebelerin her ikisinin de normal doğumu daha fazla oranda tercih etmelerine rağmen gelir durumlarının artması ile sezaryenle doğum tercihlerinin arttığı tespit edilmiştir. 150-399 YTL gelir durumuna sahip olan gebelerin %27,4'ü sezaryen ile doğum yapmak istediğini belirtirken gelir durumu 1000 YTL ve üzerinde olanlarda ise sezaryenle doğum yapmayı isteme oranı %41,9'a çıkmıştır. Yine doğum sonrası incelendiğinde tüm gruplarda sezaryen ile doğum oranları yüksek bulunmuştur.

150-399 YTL gelir durumuna sahip olan gebelerin % 56,3'ü sezaryen ile doğum yaparken, gelir durumu 1000 YTL ve üzerinde olanlarda ise sezaryenle doğum yapanların oranı % 58,1 olarak bulunmuştur.

Köy ve ilçelerden gelen gebelerin daha yüksek oranda normal doğumu tercih etmelerine karşın kent merkezinde de normal doğumu isteme oranı buna yakın bulunmuştur (%61,1). Köyden gelen gebelerin %75,9'u normal doğum yapmak isterken, bu gebelerin sadece %45,1'i normal doğumu gerçekleştirmiştir.

**Tablo.6. 2. Gebelerin Gebelik ve Doğum Öykülerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı**

<b>Gebelerin gebelik ve doğum öyküsüne ilişkin özellikleri</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>Gebelikte yaşanan sorun</b>	
a)Normal bir gebelik dönemi geçirdim	204 (56,5)
b)Küçük problemler yaşadım, önemsizdi.	80 (22,2)
c)Ciddi problemler yaşadım.	77 (21,3)
Toplam	361 (100)
<b>Gebelikte hastaneye yatma</b>	
a)Evet	119 (33,0)
b)Hayır	242 (67,0)
Toplam	361 (100)
<b>Gebeliği isteme durumu</b>	
a)Evet	285 (79,0)
b)Hayır	76 (21,0)
Toplam	361 (100)
<b>Kontrolle gitme</b>	
a)Hiç gitmedim	16 (4,4)
b)Bir kez gittim	21 (5,8)
c)1–3 kez gittim	82 (22,7)
d)Son ayda gittim	2 (0,6)
e)Düzenli kontrole gittim	240 (66,5)
Toplam	361 (100)
<b>Doğumla ilgili bilgi alma durumu</b>	
a)Aldım	109 (30,2)
b)Almadım	252 (69,8)
Toplam	361 (100)

Gebelik öyküleri incelendiğinde; gebelerin %56,5'i normal bir gebelik geçirirken, %21,3'ü ciddi problemler yaşamıştır. Gebelerin %33'ü gebeliğinde hastaneye yattığını belirtmiştir. Gebelerin %79'unun gebeliğinin istenen bir gebelik olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %4,4'ü hiç kontrole gitmemiş ve %69,8'inin doğumla ilgili herhangi bir bilgi almadığı tespit edilmiştir. Gebelerin yarısından fazlasının ise gebeliği döneminde düzenli kontrole gittiği (%66,5) belirlenmiştir.



**Tablo. 6. 3. Gebelerin Doğum Tercihleri ile Bilgi Düzeylerinin Dağılımı**

<b>Gebelerin doğum tercihleri ile bilgi düzeyleri</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>En ideal doğum şekli</b>	
a)Normal doğum	295 (81,7)
b)Sezaryen	66 (18,3)
Toplam	361 (100)
<b>Doğum Bilgisinin Alındığı Yer</b>	
a)Arkadaşlardan ve daha önce doğum yapanlardan	162 (44,9)
b)Doktorum detaylı bilgi verdi	96 (26,6)
c)Gazete, televizyon ve dergilerden	15 (4,2)
d)İnternette	7 (1,9)
e)Bilgi sahibi değilim	81 (22,4)
Toplam	361 (100)

Gebelerin doğum tercihleri ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin verilerin dağılımı Tablo 6. 3. de verilmiştir. Doğum öncesi gebelerin en ideal doğum şekli hakkındaki düşünceleri incelendiğinde; %81,7'si normal doğumu, %18,3'ü sezaryen ile doğumu en ideal doğum şekli olarak belirlemiştir. Ancak bunu belirlemede danışmanlıktan öte daha yüksek oranda (%44,9) arkadaşlarından ve daha önce doğum yapanlardan doğum bilgisini aldıkları görülmektedir.

**Tablo.6. 4. Gebelerin Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Nedenlerin Dağılımı**

<b>Gebelerin doğum tercihleri ve bunu etkileyen nedenler</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>İstenilen doğum şekli</b>	
a)Normal doğum	247 (68,4)
b)Sezaryen	114 (31,6)
Toplam	361 (100)
<b>Sezaryen</b>	
a)Daha az ağrılı\Doğum ağrılarından korkuyorum	24 (21,1)
b)Bebeğim için daha güvenli	23 (20,1)
c)Doğum yırtıklarının olmasını istemiyorum	1 (0,9)
d)Çabuk olduğu için	0 (0)
e)Kadın için ve doktor için daha kolay	11 (9,7)
f)Diğer (kıymetli bebek, tüpligasyon..)	55 (48,2)
Toplam	114 (100)
<b>Normal doğum</b>	
a)Daha doğal	93 (37,7)
b)Bebeğim için daha uygun	22 (8,9)
c)Doğum sonrası daha az ağrılı	22 (8,9)
d)Hastanede daha az kalınıyor ve çabuk taburcu olunduğu için	16 (6,5)
e)Normal hayata daha dönüldüğü için	68 (27,5)
f)Diğer (Aile büyükleri istediği için..)	26 (10,5)
Toplam	247 (100)

Gebelerin doğum öncesi doğum tercihleri ve bunu etkileyen nedenler incelendiğinde; gebelerin %68,4'ünün istenilen doğum şekli olarak normal doğumu, %31,6'sı da sezaryen ile doğumu seçmiştir. Normal doğumu seçmek isteyen gebelerin büyük bir kısmı (%37,7) daha doğal olmasına bağlarken; sezaryen doğumu seçenlerin büyük bir çoğunluğu (%48,2) diğer (Kıymetli bebek, tüp ligasyon, aile büyüklerinin isteği gibi) şeklinde ifade etmişlerdir. Gebelerle konuşma esnasında bir kısmının ağrılardan korktuğu için sezaryeni istediğini belirtirken verdikleri cevabın diğer nedenler şeklinde olduğu görülmüştür.

**Tablo. 6. 5. Gebelerin Gerçekleşen Doğumla İlgili Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Gebelerin gerçekleşen doğumla ilgili bilgileri</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>Doğum şekli</b>	
a) Sezaryen	210 (58,2)
b) Normal doğum	151 (41,8)
Toplam	361 (100)
<b>Doğumun gerçekleştiği gün</b>	
a) Hafta sonu	101 (28,0)
b) Hafta içi	260 (72,0)
Toplam	361 (100)
<b>Doğum zamanı</b>	
a) 08:00-17:00	191 (52,9)
b) 17:00-24:00	147 (40,7)
c) 24:00-08:00	23 (6,4)
Toplam	361 (100)
<b>Doğum şeklinizi belirleyen</b>	
a) Kendim	124 (34,3)
b) Eşim	4 (1,1)
c) Doktorum	225 (62,3)
d) Diğer	8 (2,2)
Toplam	361 (100)

Tablo.6.5. de gebelerin gerçekleşen doğumla ilgili bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Doğum sonrası gebelerin gerçekleştirdiği doğumla ilgili bilgileri incelendiğinde; gebelerin %58,2'sinin sezaryen, %41,8'inin de vajinal yolla doğum yaptıkları görülmüştür. Doğumların %72'si hafta içi ve %52,9'u da 08:00-17:00 saatleri arasında gerçekleşmiştir. Gebelerin %62,3'ünün doğum şeklini doktoru belirlemiştir. Gebelerin %34,3'ü doğum şeklini kendisi belirlemiştir.

**Tablo.6. 6. Sezaryen ile Doğum Yapan Gebelerde Verilerin Dağılımı**

<b>Sezaryen ile Doğum Yapan Gebelerde Veriler</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
<b>Sezaryen nedeni</b>		
a)Önceki çocuklarımlın sezaryen ile doğması	50	(23,8)
b)Doğumumun zor olması	22	(10,4)
c)Bebeğimin normal yerleşmemesi	28	(13,3)
d)Çoğul gebelik	2	(1,0)
e)Bebeğimin oksijensiz kalması	18	(8,6)
f)Kordon dolanması	18	(8,6)
g)Bebeğimin beklenen tarihten geç doğması	5	(2,4)
h)Kendi isteğimle	24	(11,4)
ı)Diğer	43	(20,5)
Toplam	210	(100)
<b>Sezaryen sonrası problem</b>		
a)Evet	36	(17,1)
b)Hayır	174	(82,9)
Toplam	210	(100)
<b>Sezaryenin olumsuz etkileri</b>		
a)Anne ile çocuk arasındaki etkileşimi geciktirir	21	(10,0)
b)Enfeksiyon riski	17	(8,1)
c)Kanama riski	9	(4,3)
d>Anesteziye bağlı gelişen yan etkiler	4	(1,9)
e)Doğum sonu ağrı	53	(25,2)
f)Özel bakım ihtiyacı	31	(14,8)
g)İyileşme zamanının geç olması	43	(20,5)
h) Sonraki doğumun da sezaryenle olması	32	(15,2)
Toplam	210	(100)
<b>Sezaryen sonrası psikososyal sorun gelişimi</b>		
a)Bebeğimi görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık hissettim	92	(43,8)
b)Bebeğime bağlanmada güçlük ve suçluluk hissi duydum	36	(17,1)
c)Beden imajımdaki bozulma beni rahatsız etti	21	(10,0)
d)Evde rollerimi sürdürememe endişesi yaşadım	57	(27,1)
e)İş ile ilgili kaygılarım oldu	4	(2,0)
Toplam	210	(100)

<b>Sezaryen doğuma karar vermede nedenler</b>		
a)Doktorumdan aldığım bilgiler	83	(39,5)
b)Tedavi hakkındaki düşünceler	0	(0,0)
c)Eşlerin düşünceleri	4	(1,9)
d)Doğumun uzun sürmemesi	8	(3,8)
e)Önceden planlama	11	(5,2)
f)Ağrı hakkındaki düşünceleri	10	(4,8)
g)Önceki gebelik\nnormal doğum tecrübesi	25	(11,9)
h)Gebelik sürecinde aile ve arkadaşların etkileri	7	(3,3)
ı)Kendini yaşlı hissetmeleri	2	(1,0)
j)Tıbbi tehlike	60	(28,6)
Toplam	210	(100)
<b>Sezaryende memnuniyet</b>		
a)Kararımdan memnunum	109	(51,9)
b)Tek alternatif olduğunu düşünüyorum	68	(32,4)
c)Hayal kırıklığına uğradım	14	(6,6)
d)Sezaryen çok da gerekli değilmiş	9	(4,3)
e)Diğer	10	(4,8)
Toplam	210	(100)

Sezaryenle doğumu gerçekleştiren gebelerin doğumla ilgili verilerine bakıldığında; gebelerin sezaryenle doğum yapmasının en önemli nedeni önceki sezaryendir (%23,8) . Kendi isteği ile sezaryen olan gebelerin oranı ise %11,4 olarak tespit edilmiştir. Gebenin önceki gebeliğinin sezaryen ile sonlandırılması ile sezaryen doğum artışı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Sezaryenle doğum yapan gebelerin %82,9'u sezaryen sonrası problem yaşamamıştır. Doğum sonrası problem yaşamayan gebelerin memnuniyet oranlarının arttığı görülmektedir. Gebelerin %51,9'u verdiği karardan memnundur. Sezaryen sonrası problem yaşanmamasıyla sezaryen ile doğumdan memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Sezaryen ile doğumun olumsuz etkileri incelendiğinde; gebeler en çok yoğun bakım odasında yaşadıkları ağrının dayanılmaz olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle %25,2'si doğum sonu ağrısı, %20,5'i de iyileşme zamanının geç olmasını sezaryen ile doğumun olumsuz bir etkisi olarak tanımlamıştır.

Sezaryen sonrası yaşadıkları en önemli psikososyal sorun ise; %43,8'inin bebeklerini görmede gecikmeden dolayı duydukları rahatsızlık olduğu saptanmıştır.

Sezaryen doğuma karar vermede en önemli etken, gebelerin %39,5'inin doktorundan aldığı bilgiler olduğu tespit edilmiştir.

Doğum şeklini belirleyen kişi ile sezaryen doğuma karar vermedeki nedenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Gebelerin %51,9'u sezaryen ile doğum yapmaya verdiği karar nedeni ile memnunken; gebelerin %32,4'ü bilhassa önceki sezaryenden sonra tek alternatif olarak sezaryen ile doğumun yapılacağını düşünmektedir. Gebelerin sadece %6,6'sı sezaryen ile doğumu seçtiği için hayal kırıklığına uğradığını belirtmiştir.

**Tablo. 6. 7. Vajinal Yolla Doğum Yapan Gebelerin Doğumla İlgili Verilerinin Dağılımı**

<b>Normal Doğum Yapan Gebelerin Doğumla İlgili Veriler</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>Ağrı süresi</b>	
1 saat	6 (4,0)
2 saat	17 (11,3)
3 saat	42 (27,8)
4 saat	46 (30,4)
5 saat ve üstü	40 (26,5)
Toplam	151 (100)
<b>Yaşanılan sorunlar</b>	
Ağrılarım oldu	41 (27,1)
Doğum süresi uzun sürdü	18 (11,9)
Bebekle ilgili problemler oldu	4 (2,7)
Ağrılarım başladığında doktorumu bulamadım	12 (8,0)
Olumsuz normal doğum deneyimi	5 (3,3)
Sorun yaşamadım	71 (47,0)
Toplam	151 (100)
<b>Avantajları</b>	
a)Doğum sonu normal aktivitelere kısa sürede dönme	113 (74,8)
b)Kısa sürede bebeğini emzirme	21 (13,9)
c)Anestezi almama	4 (2,7)
d)Bebeğin kısa sürede etkili solunuma başlaması	2 (1,3)
e)Abdomende kesi izi olmaması	5 (3,3)
f)İstenen diğer doğum için zamanı kısaltması	6 (4,0)
Toplam	151 (100)
<b>Yaşanılan ağrıyı tanımlama</b>	
a)Korku verici	93 (61,6)
b)Doğumun başlayacağını düşündüğü için mutluluk verici	18 (11,9)
c)Değişik bir durumla baş etme	22 (14,6)
d)Cezalandırma	7 (4,6)
e)Diğer	11 (7,3)
Toplam	151 (100)
<b>Sezaryen isteme durumu</b>	
a)Evet	5 (3,3)
b)Hayır	123 (81,5)
c)Kararsızım	23 (15,2)
Toplam	151 (100)

Tablo. 6.7. de görüldüğü gibi normal doğumu gerçekleştiren gebelerin %30,4'ü doğum öncesi 4 saat ağrı çekmiş fakat %47'si doğum sonrası hiçbir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Doğumdan önce yaşanan ağrının süresi ile doğum sonu yaşanan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlam bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Gebeler için normal doğumun avantajları incelendiğinde ; %74,8'i doğum sonu normal aktivitelerine kısa sürede dönme, %13,9'u da bebeğini kısa sürede emzirmenin normal doğumun en iyi avantajları olarak belirtmiştir.

Gebeler normal doğumda yaşadıkları ağrıyı %61,6'sı korku verici olarak tanımlamıştır. Ağrı süresi ile yaşanan ağrının tanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Normal doğum yapan gebelerin %81,5'i sezaryen ile doğum yapmak istemediklerini belirtirken, normal doğum yapan gebelerin %15,2'sinin kararsız olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo.6. 8. Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Gebelerin Gelecekteki Doğum Tercihlerinin Dağılımı**

<b>Takip eden gebelikte seçmek istenilen doğum şekli</b>	<b>Sayı (%)</b>
Normal doğum	225 (62,3)
Sezaryen	136 (37,7)
Toplam	361 (100)

Tablo.6. 8. de görüldüğü gibi vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan toplam 361 gebeye takip eden gebelikte hangi doğum şeklini seçmek istedikleri sorulduğunda; %62,3'ü normal doğum, %37,7'si de sezaryen ile doğum yapmak istediğini belirtmiştir.

**Tablo.6.9. Gebelerin Doğum Öncesi Belirledikleri İdeal Doğum Şekli ile Yaptıkları Doğum Şeklinin Dağılımı**

		Doğum Şekli		Toplam
		Sezaryen	Normal Doğum	
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
<b>İdeal Doğum</b>	Normal doğum	147 (49,8)	148 (50,2)	295 (100)
	Sezaryen	63 (95,5)	3 (4,5)	66 (100)
	Toplam	210 (58,2)	151 (41,8)	361 (100)

$p < 0,05$

Tablo.6.9. da gebelerin doğum öncesi ideal doğum şekli seçimi ile gerçekleştirdiği doğum şekli görülmektedir. Doğumdan önce ideal doğum şekli olarak sezaryeni belirtenlerin %95,5'i sezaryen ile doğum gerçekleştirmiştir. Oysa doğumdan önce ideal doğum şekli olarak normal doğumu belirtenlerin normal yolla doğumu gerçekleştirme oranı %49,8 olarak tespit edilmiştir. Doğumdan önce gebelerin %81,7 si ideal doğum şekli olarak normal doğumu tercih ettiklerini belirlemelerine karşın sadece %41,8'inin normal doğumu gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir. Sezaryeni ideal doğum şekli olarak kabul edenlerin oranı %18,3 iken sezaryen gerçekleştirenlerin oranı % 58,2 olduğu belirlenmiştir. Doğumdan önce belirlenen ideal doğum şekli ile gerçekleştirilen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo. 6.10. Doğum Öncesi Gebelerin İdeal Doğum Şekli ile Takip Eden Gebelikteki İstenen Doğum Şeklinin Dağılımı**

		Tekrar Doğum Yaparsanız Hangisini Seçmek İsterdiniz?		
		Normal doğum Sayı(%)	Sezaryen Sayı(%)	Toplam Sayı(%)
İdeal Doğum	Normal doğum	210 (71,2)	85 (28,8)	295 (100)
	Sezaryen	15 (22,7)	51 (77,3)	66 (100)
	Toplam	225 (62,3)	136 (37,7)	361 (100)

$p < 0,05$

Tablo. 6.10. da doğum öncesi gebelerin belirlediği ideal doğum şekli ile doğum sonrası takip eden gebelikteki istenen doğum şekli görülmektedir.

Doğumdan önce ideal doğum şekli olarak normal doğumu belirtenlerin %71,2'si tekrar doğum yaptığında normal doğumu seçeceklerini belirtirken; gebelerin %62,3'ü bundan sonraki gebeliklerinde normal doğum şeklini tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. Doğum öncesi belirlenen ideal doğum şekli ile takip eden gebeliğinde seçilecek doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo. 6. 11. Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Seçimlerinin Dağılımı**

Eğitim		Doğum Seçimi		Toplam Sayı (%)
		Normal Doğum Sayı (%)	Sezaryen Sayı (%)	
Okur yazar değil		12 (85,7)	2 (14,3)	14 (100)
İlkokul		153 (73,6)	55 (26,4)	208 (100)
Ortaokul-lise		70 (60,9)	45 (39,1)	115 (100)
Üniversite		12 (50)	12 (50)	24 (100)
Toplam		247 (68,4)	114 (31,6)	361 (100)

$p > 0,05$

Tablo. 6. 11. de gebelerin eğitim durumlarına göre gerçekleştirdikleri doğumun dağılımı görülmektedir.

Gebelerin %57,6'sı ilkokul mezunudur. İlkokul mezunlarının %73,6'sı normal doğumu seçmek istemiştir. Çalışmamıza katılan üniversite mezunu sayısının az olması nedeni ile eğitim seviyesi ve sezaryenle doğum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Sezaryen ile doğum yapanların eğitim düzeylerine göre ayrı ayrı oranları; okuryazar olmayanlarda %14,3, ilkokul mezunlarında %26,4, ortaokul-lise mezunlarında %39,1, üniversite mezunlarında ise %50 olduğu belirlenmiştir. Üniversite mezunu olan gebelerin sezaryeni isteme oranı okuryazar olmayanlardan, ilkokul ve lise mezunu olanlardan yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamsız bulunma nedeni ise çalışmaya katılan üniversite mezunu gebe sayısının az olmasıdır.

**Tablo. 6.12. Çalışma Durumu ile Doğum Seçimi Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

		Doğum Seçimi		Toplam
		Normal doğum Sayı (%)	Sezaryen Sayı (%)	
Çalışma Durumu	Evet	15 (57,7)	11 (42,3)	26 (100)
	Hayır	232 (69,3)	103 (30,7)	335 (100)
	Toplam	247 (68,4)	114 (31,6)	361 (100)

p >0,05

Tablo.6.12. de görüldüğü gibi çalışmayan gebelerin %69,3'ü doğum öncesi normal doğumu istemekte iken; sezaryen ile doğumu seçmek isteyen gebelerin oranı %30,7'dir. Çalışan kadınlarda sezaryen ile doğumu isteme oranı %42,3 olarak tespit edilmiştir. Çalışan gebelerde sezaryen ile doğum oranının artmasına karşın çalışan gebelerin oranının az olması nedeni ile doğum seçimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (p>0,05).

**Tablo. 6. 13. Gebelerin Doğum Öncesi Sezaryen İsteme Nedeni ile Gerçekleşen Doğum Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

		Gerçekleşen Doğum Şekli		
		Sezaryen Sayı (%)	Normal doğum Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
<b>Sezaryeni Seçme Nedeni (Doğum öncesi)</b>	Daha az ağrılı\Doğum ağrılarından korkuyorum	22 (91,7)	2 (8,3)	24 (100)
	Bebeğim için daha güvenli	17 (73,9)	6 (26,1)	23 (100)
	Doğum yırtıklarının olmasını istemiyorum	-	1 (100)	1 (100)
	Kadın için ve doktor için daha kolay	11 (100)	-	11 (100)
	Diğer	51 (92,7)	4 (7,3)	55 (100)
Toplam		101(88,6)	13(11,4)	114 (100)

p <0,05

Doğumdan önce sezaryen ile doğumu tercih etme nedeni diğer diyenlerin %92,7'si sezaryen ile doğumu gerçekleştirmiştir. Doğumdan önce sezaryen ile doğumu tercih etme nedeni olarak doğum ağrılarını gösterenlerin %91,7'si de sezaryen ile doğumu gerçekleştirmiştir.

Doğumdan önce sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelerin, yüksek oranda doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Doğumdan önce sezaryen ile doğumu seçme nedeni ile gerçekleşen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo. 6. 14. Sezaryende Problem Yaşama Durumuna Göre Takip Eden Gebelikte Doğum Seçiminin Dağılımı**

		Takip Eden Gebelikte Doğum Tercihi		
		Normal Doğum Sayı (%)	Sezaryen Doğum Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
<b>Sezaryende Problem Yaşama</b>	Evet	20 (58,8)	14 (41,2)	34 (100)
	Hayır	65 (36,9)	111 (63,1)	176 (100)
	Toplam	85 (40,5)	125 (59,5)	210 (100)

p<0,05

Tablo.6.14 de görüldüğü gibi sezaryenle doğumda problem yaşayan gebelerin %58,8'inin takip eden gebelikte ki doğum tercihi normal doğumdur. Sezaryen ile doğumda problem yaşamadıkları halde takip eden gebelikteki normal doğumu isteyenlerin oranı da %36,9 bulunmuştur. Sezaryenle problem yaşama durumu ile takip eden gebelikte doğum tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo. 6. 15. Doğumda Bilgi Alma Durumuna Göre Doğum Seçiminin Dağılımı**

		<b>Doğum Seçimi</b>					
		<b>Normal Doğum</b>		<b>Sezaryen Doğum</b>		<b>Toplam</b>	
		<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
<b>Doğumda Bilgi Alma Durumu</b>	Aldım	74	(67,9)	35	(32,1)	109	(100)
	Almadım	173	(68,7)	79	(31,3)	252	(100)
	Toplam	247	(68,4)	114	(31,6)	361	(100)

p&gt;0,05

Tablo.6.15 de belirtildiği gibi doğumla ilgili bilgi alan gebelerin %67,9'u normal yolla doğumu seçmiştir. Bu oran bilgi almayan gebelerde %68,7'dir. Yine bilgi almayan gebelerin %31,3'ü sezaryeni seçerken, bilgi alanların %32,1'i sezaryen ile doğumu seçmiştir. Doğumda bilgi alma durumu ile doğum seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (p>0,05).



**Tablo. 6. 16. Doğum Öncesindeki Doğum Seçimi ile Gerçekleşen Doğum Şeklinin Dağılımı**

		Doğum Şekli					
		Sezaryen		Normal Doğum		Toplam	
		Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Doğum Seçimi	Normal Doğum	109	(44,1)	138	(55,9)	247	(100)
	Sezaryen	101	(88,6)	13	(11,4)	114	(100)
	Toplam	210	(58,2)	151	(41,8)	361	(100)

p<0,05

Tablo.6.16. da belirtildiği gibi doğumdan önce normal doğumu seçen kadınların %55,9'u normal yolla doğum yapmıştır. Doğumdan önce sezaryen ile doğumu seçen kadınların büyük bir çoğunluğu (%88,6) sezaryen ile doğum yapmıştır. Bu da toplumdaki kadınların sezaryen olma isteğindeki artışla tutarlı bir sonuçtur. Doğum öncesi seçilen doğum şekli ile gerçekleştirilen doğum arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05).

**Tablo. 6. 17. Doğumda Bilgi Alma Durumu ile Doğum Bilgisinin Alındığı Kaynağın Dağılımı**

		Doğum Bilgisinin Kaynağı					Toplam
		Arkadaş	Doktor	Gazete Dergi	İnternet	Bilgi Sahibi Değil	
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>Doğumda Bilgi Alma Durumu</b>	Aldım	50 (45,9)	40 (36,7)	7 (6,4)	4 (3,7)	8 (7,3)	109 (100)
	Almadım	112 (44,4)	56 (22,2)	8 (3,2)	3 (1,2)	73 (29,0)	252 (100)
	Toplam	162 (44,9)	96 (26,6)	15 (4,2)	7 (1,9)	81 (22,4)	361 (100)

$p < 0,05$

Tablo.6.17 de görüldüğü gibi doğum bilgisi alan gebelerin %45,9'unun bilgisini arkadaşlarından ve önceki doğum yapanlardan aldıkları belirlenmiştir. Aynı şekilde doğum bilgisi almayan gebelerin %44,4'ü de arkadaşlarından ve önceki doğum yapanlardan bilgi aldığı belirlenmiştir. Bu sonuç doğum hakkındaki bilgilerin etkili verilmediğini göstermektedir.

Doğum bilgisinin alındığı kaynak olarak arkadaşlarının gösterilmesi ile seçilen doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Doğumla ilgili bilgi almayan gebelerde doğum bilgisinin kaynağı sorulduğunda %29'u bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Doğum hakkında bilgi alma durumu ile doğum bilgisinin alındığı kaynak arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo. 6. 18. Sezaryende Memnuniyet Durumuna Göre Takip Edecek Gebelikteki Doğum Şeklinin Seçimi**

		Takip Edecek Gebelikte Doğum Şekli					
		Normal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam	
		Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<b>Sezaryen Doğumda Memnuniyet</b>	Memnun	23	(21,1)	86	(78,9)	109	(100)
	Tek Alternatif	37	(54,4)	31	(45,6)	68	(100)
	Hayal Kırıklığına Uğradım	10	(71,4)	4	(28,6)	14	(100)
	Çok Gerekli Değilmiş	8	(88,9)	1	(11,1)	9	(100)
	Diğer	7	(70)	3	(30)	10	(100)
	Toplam	85	(40,5)	125	(59,5)	210	(100)

$p < 0,05$

Tablo.6.18 de görüldüğü gibi sezaryen ile doğum yapan kadınlardan, sezaryenin çok da gerekli olmadığını düşünenlerin %88,9'u takip eden gebeliklerinde normal doğumu seçeceğini belirtmiştir. Benzer şekilde sezaryen ile doğum yapan kadınlardan; sezaryenden memnun olan kadınların %78,9'u takip eden gebeliklerinde sezaryeni seçeceğini söylemiştir.

Sezaryen ile doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ile sonraki gebeliklerindeki doğum şekli arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo. 6. 19. Doğumdan Önce Sezaryeni Seçenlerin Nedenleri ile Gerçekleşen Sezaryenin Nedenlerinin Dağılımı**

Gerçekleşen Sezaryen Nedeni	İstenen sezaryenin nedeni						Toplam
	Sayı (%)	Kadın ve Dr için kolay	Bebek için Güvenli	Ağrı Korkusu	Diğer		
Önceki Sezaryen	3 (27,3)	2 (11,8)	1 (4,5)	21 (41,2)	27 (26,7)		
Zor Doğum	Sayı (%)	2 (11,8)	2 (9,1)	5 (9,8)	9 (8,9)		
Yerleşme Bozukluğu	Sayı (%)	1 (9,1)	4 (23,5)	-	3 (5,9)	8 (7,9)	
Çoğul Gebelik	Sayı (%)	-	-	-	1 (2,0)	1 (1,0)	
Bebegin Oksijensiz Kalması	Sayı (%)	-	1 (5,9)	1 (4,5)	1 (2,0)	3 (3,0)	
Kordon dolanması	Sayı (%)	1 (9,1)	-	-	1 (2,0)	2 (2,0)	
Bebegin geç doğması	Sayı (%)	4 (36,4)	7 (41,2)	8 (36,4)	2 (3,9)	21 (20,8)	
Kendi isteği ile	Sayı (%)	2 (18,2)	1 (5,9)	10 (45,5)	15 (29,4)	28 (27,7)	
Diğer	Sayı (%)	-	-	-	2 (3,9)	2 (2,0)	
<b>Toplam</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>11 (100)</b>	<b>17 (100)</b>	<b>22 (100)</b>	<b>51 (100)</b>	<b>101 (100)</b>	

Tablo. 6. 19. incelendiğinde; sezaryeni kendi isteği tercih eden gebelerin oranı %27,7'dir. Sezaryen nedeni olarak önceki sezaryeni belirtenlerin oranı da %26,7'dir.

Doğumdan önce ağrılarından korktukları için sezaryen ile doğumu isteyen kadınların yaklaşık yarısı (%45,5) sezaryen ile doğumu kendi isteği ile gerçekleştirirken, önceki sezaryen, zor doğum, yerleşme bozukluğu, bebeğin oksijensiz kalması, kord prolapsusu, bebeğin beklenen tarihten sonra doğması gibi nedenlerden sezaryen olanlar da diğer yarıyı oluşturmaktadır (%54,5). Doğum öncesi gebelerin sezaryeni isteme nedenleri ile gerçekleşen sezaryen doğum nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

## 7.TARTIŞMA

Literatürde, gebelerin riskli bir durumla karşı karşıya gelmemesi, annenin ve bebeğin hayatını riske atacak bir durum olmaması halinde gebelerin vajinal doğumu tercih etmesi önerilir. Bunun sağlanması için gebenin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde desteklenmesi, doğum şekli ile ilgili konularda bilgilendirilmesi ve gebelere eğitim verilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu eğitimin verilmesinde sağlık personeline önemli bir görev düşmektedir.

Bu çalışmada, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde gebelerin doğum tercihleri, nedenleri ve doğum tercihini etkileyen faktörlere yönelik görüşleri değerlendirilmiştir. Doğum öncesi gebelerin demografik özelliklerine göre doğum şekli tercihleri, gebelikte problem yaşayıp yaşamadığı, kontrollerine gitme süreleri, danışmanlık hizmeti alıp almadıkları, en ideal doğum şeklinin ne olduğu, nedenini ve bu bilgisini nereden aldığı ile ilgili bilgi düzeyleri araştırılmıştır. Doğum sonunda gerçekleştirilen doğum şekli, zamanı, sezaryen ile doğum yaptıysa nedeni, yaşadığı problemler, doğumdan memnuniyeti, vajinal doğum yaptıysa süresi, yaşadığı sorunlar, avantajları, ağrı tanımı varsa pişmanlıkları araştırılmıştır.

Araştırmanın tartışması, elde edilen bulgulara paralel olarak sunulmuştur. Gebelerin demografik özelliklerinde; gebenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik yaşı, sosyal güvencesi, gelir durumu, ikamet ettiği yere ait veriler incelenmiştir.

Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe kendi isteği ile sezaryenle doğum oranının arttığı, yine çalışan bayanların ev hanımlarına göre doğumlarını sezaryenle yapmak istedikleri, kadının yaşının seçimi etkilemediği saptanmıştır (13). Güngör ve Gökyıldız'ın çalışmasında ise kendi tercihiyle sezaryen doğum yapma oranı çalışan, eğitilmiş kadınlarda daha fazladır. Kadınların yaklaşık yarısı sezaryen doğumu düşük riskli ve basit bir ameliyat olarak değerlendirmektedirler (68). Literatürde çalışan, eğitim düzeyi yüksek, primipar kadınların daha çok kendi tercihiyle sezaryen oldukları belirlenmiştir (120). Bizim çalışmamızda ise eğitim seviyesindeki artış sonucu kadınların sezaryen ile doğumu tercih etme oranının arttığı belirlenmiştir.

Ülkemizde de ABD’de görüldüğü şekli ile sosyoekonomik düzeyi yüksek toplumlarda sezaryen oranlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (127). Sezaryen oranlarındaki artıştan kaynaklanan gerek morbiditenin artışı, gerek ekonomik boyutların yüksekliği nedeni ile sezaryen ile doğum sorgulanır hale gelmiştir (63).

Pedro A. Poma ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada toplam 7827 doğum içinde sezaryen oranını 1400 (%17,9) olarak bildirmişlerdir. Bir başka yayında 1994 yılında %20,5 olan sezaryen oranının 1997’de %15,5’e düştüğü bildirilmiştir (119). Ulusal sezaryen oranımız ile ilgili rakamlar net olarak ortaya konmamıştır. Bölgesel yayınlarda oranın %15 ile %65 arasında değiştiği bildirilmektedir (77, 128, 129). Çalışmamızdaki sezaryen oranları (%58,2) genel olarak literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Küçük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yıllık sezaryen sayısı ve artışı oranı hakkında kesin bir rakam verilmemekle birlikte Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde yılda sezaryen ortalamasının 200 olduğu belirtilmiştir. Bu oran tüm canlı doğumların içinde %22’dir (129).

Baybek ve arkadaşlarının Muğla Devlet Hastanesi’nde yaptığı çalışmada en fazla %54,5 ile sezaryen doğum şeklinin bulunduğu belirlenmiştir (130).

Altuğ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların özellikleri incelendiğinde sezaryen ile doğum yapanların eğitim düzeyi yüksek olan grupta (%54,5); vajinal doğum yapanların ise ilkökul mezunu (%42,5) ve formal eğitimi olmayan (%27,5) grupta daha fazla oranda bulunduğu tespit edilmiş ve gruplar arasındaki öğrenim düzeyi farklılığının bilgi düzeylerini etkileyebileceği düşünülmüştür (108). Bizim çalışmamızda da Altuğ’un araştırmasına benzer şekilde bulunmuştur. 16-24 yaş grubundaki gebelerin %60,7’si vajinal doğumu seçmek isterken yaş ortalaması arttıkça vajinal doğum isteme oranı azalmaktadır. 35 ve üstü yaş grubundaki gebelerin %6,5’i vajinal doğumu seçmek istemektedir. Bu sonucun nedenleri olarak ailelerin uzun süre çocuk sahibi olamaması ve kıymetli bebek olarak ifade ettikleri bebeklerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Genel olarak ise evlenme yaşının gecikmesinin genel artışta bir etken olabileceği düşünülmektedir. Eğitim seviyeleri ile doğum tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasını çalışmamıza katılan yükseköğretim mezunu oranının %6,6 gibi çok düşük bir rakam olmasıyla ilişkili olacağını düşünmekteyiz. Yine aynı nedenle ilişkili

olarak vajinal doğumu tercih edenlerin %61,9'u ilkokul mezunu iken yüksekokul mezunlarında bu oran %4,9'dur. Bu sonuç göstermektedir ki Afyonkarahisar ili merkezinde hastaneye başvuran gebelerin büyük bir kısmı 16-24 yaş grubunda ve yine büyük bir kısmı ilkokul mezunu ve ev hanımıdır. Bu sonuçtan hareketle gebelerin eğitiminin ön plana çıkarılması ve toplumun bilinçlendirilmesi ön plana çıkarılmalıdır.

Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %75'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (131). Bizim çalışmamızda ise gebelerin %70,1'inin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Önemli olarak düşündüğümüz diğer bir sonuç ise sosyal güvencesi olmayanların %75,9'unun vajinal doğumu tercih ettikleridir. Bunun da vajinal doğum ücretinin daha düşük olması nedeni ile olabileceği düşünülmektedir.

Batı Avustralya da 1994 yılında yapılan bir araştırmada kadınların %58'i spontan vajinal doğum, %8'i acil sezaryen doğum, %34'de operatif vajinal doğum yapmıştır. Sezaryen doğumun artış eğilimini sebebinin büyük oranda ilk doğumunu yapacak bayanların acil sezaryen doğum yapmalarındaki artıştır. Çok değişkenli analizlerle ilk doğumunu yapan kadınlar için bilinen risk faktörleri düşük çıkmıştır (122, 132).

Kayseri Doğumevi'nde 1991 yılında doğum yapan kadınların %95,9'u vajinal doğum yaparken, %3'ü sezaryenle ve geriye kalan %1,1'nin ise vakumla doğumlarını yaptıkları görülmektedir (21). Çalışmamızda gebelerin %58,2'inin sezaryenle, %41,8'inin ise vajinal yolla doğumunu gerçekleştirdiği görülmektedir. Doğumdan önce sezaryen ile doğumu seçen kadınların büyük bir çoğunluğu (%88,6) sezaryen ile doğum yapmıştır. Bu da toplumdaki kadınların sezaryen olma isteğindeki artışla tutarlı bir sonuçtur.

1980, 1985 ve 1990 yıllarını merkez alan ve Norveç, İskoçya, İsveç ve Amerika'daki sezaryen oranlarını değerlendirirken eski sezaryen ve fetal distressin sezaryen oranını büyüten başlıca endikasyonları teşkil ettiği bulunmuştur. Bu çalışmaya göre Amerika'daki sezaryen oranı %24 iken İsveç'de sezaryen oranı %11 olmuştur (133).

Osis, Padua ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları araştırmada sezaryen doğumda anne ve bebek risk faktörleri yüksek yaygınlık göstermesine rağmen,



sezaryen doğumun tercih edilen bir doğum şekli olduğu belirlenmiştir (97). Bizim araştırmamızda ise Brezilya'da yapılan çalışmanın tersine doğum öncesinde gebelerin doğum tercihlerinde %68,4 vajinal doğum şeklini seçtikleri dikkat çekici bulunmuştur.

Brezilya'da sezaryen doğum özellikle bölgesel farklılık göstermektedir. Sao Paulo'da %52, güney bölgede %45 ve kuzey doğuda %20'dir. Faundes ve Cecatti tarafından yapılan çalışmada destekler ki, doktorlar, vajinal doğumdaki teknik yetersizlikten korktukları için ve bir komplikasyonlu vajinal doğumla karşılaşmaktansa, kısa zamanlı bir sezaryen doğumu tercih etmektedirler (91).

Yapılan bir çalışmada sezaryen endikasyonları incelendiğinde, geçirilmiş sezaryen % 35, distosi ve sefalopelvik uygunsuzluk %30, makat prezantasyonu %12 olarak bulunmuştur (134). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada desteklemektedir ki araştırmada; sezaryen endikasyonlarında birinci sırada %34,7 mükerrer sectio, ikinci sırada %12,8 prezantasyon anomalisi yer almaktadır (131). Diğer araştırmalardan farklı olarak Reis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sezaryen endikasyonlarında ilk sırayı bebeğe bağlı nedenler (%20,7) almaktadır. Diğer nedenler de eski sezaryenler (%19,0), ilerlemeyen travay (%18,7), maternal hastalıktır (%15,7) (13).

Doğum sonu kadının sezaryeni tercih nedeni bizim araştırmamızda %39,5 doktorundan aldığı bilgilerdir. İlkokul mezunu olan gebelerin yüksek okul mezunu olan gebelere göre daha yüksek oranda doktorundan aldığı bilgiler ışığında sezaryen ile doğum yaptığı da araştırmamızda belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Literatürden farklı olarak gebelerin doktoru tarafından yönlendirildiğini ve büyük oranda da küçük yaş gruplarının ve ilkokul mezunlarının bundan etkilendiğini düşünmekteyiz.

Yaş ile doktorundan aldığı bilgiler kıyaslandığında yine istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Sezaryen ile doğum yapan gebelerin %51,9'u 16-24 yaş grubunda ve bunların %53'ü doktorundan aldığı bilgiler ışığında sezaryen ile doğum yapmaya karar vermiştir.

Başka bir araştırmada sezaryeni tercih nedeninde doktorun etkisi %5,7 olarak bulunmuştur. Diğer nedenler ise vajinal doğumdan korkma (%13,3), vajinal doğumdaki pozisyonun utanma (%4,0), bebek için güvenli bulma (%3,0) idi (13).

Bizim araştırmamızda doğum öncesi gebelerde sezaryenin nedenleri beklenenin aksine diğer (kıymetli bebek, tüpligasyon gibi) nedenler (%48,2) en yüksek oranda tercih edilirken vajinal doğum ağrısından korkma oranının %21,1 olduğu tespit edilmiştir. Burada farklı olarak sezaryen nedeni olarak görülen diğer nedenlerle gebelerin yaş oranları farklılık göstermektedir. Yani araştırmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması kk olmasına rağmen büyük yaş gruplarında görülen diğer nedenler (kıymetli bebek ve tüpligasyon gibi) daha yüksek oranda çıkmıştır.

Doğumdan önce ağrılarından korktukları için sezaryen ile doğumu isteyen kadınların yaklaşık yarısı (%45,5) sezaryen ile doğumu kendi isteği ile gerçekleştirirken, önceki sezaryen, zor doğum, yerleşme bozukluğu, bebeğin oksijensiz kalması, kord prolapsusu, bebeğin beklenen tarihten sonra doğması gibi nedenlerden dolayı sezaryen olanlar da diğer yarıyı oluşturmaktadır (%54,5). Bu sonuç, kadınların doğum eyleminden korktukları için sezaryeni isteme görüşünü destekler niteliktedir.

Yapılan başka bir araştırmada ise sezaryen nedenleri arasında ilk sıralarda: nceki sezaryen(%25,6), annenin kendi isteği (%17,3), makat prezantasyonu (%13,7), sefalopelvik uygunsuzluk (%13,7) olarak tespit edilmiştir (135, 136). Literatürü destekler şekilde araştırmamızda da önceki sezaryen tüm sezaryen ile doğum yapanların %23,8'ini oluşturmaktadır. İkinci sırada araştırmamızda dikkat çeken diğer (kıymetli bebek, tüpligasyon gibi) nedenlerin %20,5 oranında olduğu bunu gebelerin kendi isteği ile (%11,4) ve zor doğum eylemi sonucu (%10,4) sezaryen ile doğumu seçtikleri belirlenmiştir.

Durmuş ve arkadaşlarının çalışmalarında da sezaryen endikasyonlarında ilk sırayı daha önceden sezaryen geçirmiş olanların alması da önümüzdeki yıllarda sezaryen hızının biraz daha artacağının bir ifadesidir (137). Literatürde primer sezaryen insidansının düşmekte olduğunu vurgulayan bilgilerin yer alması da şimdilik farklı gibi görünen sezaryen hızının bir süre sonra yaklaşık aynı çizgiye geleceğini düşündürmektedir (137, 138).

Sezaryen sonrası en sık yaşanan sorunlar; ağrı, gaz şikâyetleri, kendi ve bebeğin öz bakımını sürdürememe, emzirme, beden imajında bozukluk, bebeğine bağlanmada yetersizlik, suçluluk duymadır (120). Operasyon sonrası sezaryen ile doğum yapanların %49,5' inin öncelikle ağrı, gaz şikyeti, kendisinin ve bebeğinin

öz bakımını gerçekleştirememesi nedeni ile sectio operasyonunun önerilmediği saptanmıştır (131). Araştırmamızdaki sezaryen sonrası yaşanan sorunların başında ağrı (%25,2), iyileşme zamanında gecikme (%20,5), anne ve çocuk arasındaki etkileşimi geciktirme (%10) gelmektedir. Güngör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sezaryen sonrası en sık yaşanan fiziksel sorunlar sırasıyla; bebeğin bakımını üstlenmede güçlük, aktivite intoleransı, kendi bakımını sürdürmede güçlük, yorgunluk, uykusuzluk, emzirmede güçlük, karında gerginlik ve gaz, entübasyona bağlı boğazda tahriş ve meme problemleridir (68).

Postoperatif dönemde ortaya çıkan psikososyal sorunlara, uygulanan anestezinin, işlemin planlı ve istek dâhilinde olmasının, doğum öncesi dönemde işlem hakkında bilgi verilmesinin etkili olduğu saptanırken, fiziksel sorunlara sadece doğum öncesi dönemde işlem hakkında bilgi verilmesinin etkili olduğu saptanmıştır (13). Reis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da doğum sonu dönemde fiziksel sorunlardan en fazla %51 oranla hareket zorluğu yaşandığı görülmüştür (13). Güngör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikososyal sorunlar arasında en yaygın olanlar, bebeğini görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık, bebeğine bağlanmada güçlük, üzülmeye ve suçluluk duyma, beden imajında bozulma, evde rollerini sürdürememe endişesidir. Sezaryen doğum yapan kadınların erken dönemde fiziksel ve psikososyal sorunları oldukça yaygındır (68).

Araştırmamızda sezaryen sonrası gebelerin en fazla yoğun bakım ünitesinde bebeklerini görmede gecikmeye (%43,8) ve bebeklerinden ayrı kalmaya bağlı psikososyal sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Diğer bir kısım ise (%27,1) ev hanımı olması nedeni ile evde rollerini sürdürememeye bağlı olarak endişe yaşadığını belirtmiştir. İş ile ilgili kaygılarının olduğunu belirten gebe sayısı oldukça azdır (%2) bunu çalışan gebe sayısının az olması ile ilişkilendirebiliriz.

Sezaryen olan tüm olguların %78'i sezaryen olmaktan memnun olduğunu, %53,4'ü gebeliğin ilk dönemlerinde sezaryenle doğum yapmayı istemiş olduğunu, %22,2 si' de tekrar gebe kalırsa vajinal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (54). Yaptığımız araştırmada sezaryen ile doğum yapan gebelerin %51,9'u sezaryen olmaktan memnundur, şunu görmekteyiz ki ilk doğumunda sezaryen ile doğum yapan gebelerin sezaryen memnuniyeti artarken, en az bir kez vajinal doğum yapan gebelerin sezaryen ile doğum yapmayı isteme oranları azalmaktadır (%3,3). Tüm

olguların %62,3 ü tekrar gebe kalırsa vajinal doğumu seçeceğini belirtmiştir. Araştırmamız gösteriyor ki gebelerin doğum tercihlerinin belirlenmesinde kadınların önceki doğum deneyimleri önemli bir yer tutmaktadır.

Yapılan bir çalışmada ilk doğumlarını sezaryenle yapanların bir sonraki doğumlarında %58' i tekrar "sezaryen", %39,6'sı "Vajinal doğumu", daha önce vajinal doğum yapanların %50'sinin "vajinal doğumu" tercih ettikleri görülmüştür (138). Çalışmamızda gebelerin %58,2'si sezaryen ile doğum yaparken, takip eden doğumunda sezaryen ile doğum yapan gebelerin (%92) oranı artmıştır. Doğum öncesi belirlenen ideal doğum şekli ile takip eden gebeliğinde seçilecek doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin büyük kısmı (%81,7) vajinal doğumun en ideal doğum şekli olacağını belirtirken sadece %41,8'i vajinal yolla doğum yapmıştır. Gebeler vajinal doğumu seçmek isterken farklı nedenlerden dolayı sezaryen ile doğum yapmıştır.

Sezaryen ile doğum yapan gebelerin %51,9'u kararından memnundur. Sezaryen sonrası problem yaşamayanların oranı ise %82,9'dur. Sezaryenle doğumda problem yaşamadıkları halde takip eden gebelikte normal doğumu isteyenlerin oranının %30,5 olması dikkat çekici bulunmuştur. Bir kez sezaryen ile doğum yapan gebeler sezaryenle doğumda hiçbir problem yaşamasa da büyük oranda normal doğum yapmayı istemektedirler.

Araştırmamıza paralel bir başka çalışmada vajinal doğumda başarılı olan gebeler vajinal doğumdan memnun olmakta ve doğumda yaşadığı ağrılara ve sıkıntılara rağmen vajinal doğum yapmayı fırsata değer görmektedir (139).

Elektif sezaryen olanlarda hasta memnuniyeti endikasyon konularak sezaryen yapılanlara göre daha yüksek ve komplikasyon oranı daha düşük bulunmuştur. Elektif sezaryen sonrası kişilerin memnuniyeti artmakta ve komplikasyon oranı da azalmaktadır (140).

Çalışmamızda gebelerin %30,4' ü vajinal doğumda yaşadığı ağrı süresini 4 saat olarak belirlemiştir. Gebeler yaşadıkları ağrıyı %61,6'sı korku verici olarak tanımlamıştır. Gebelerin sadece % 11,9'u doğumun başlayacağını düşündüğü için sevinmiştir. Çok genç olmaları, doğum hakkında önceden bilgi sahibi olmayışları, tüm bilgilerinin yakın çevrede duyduklarıyla sınırlı kalması nedeniyle ağrıyı

dayanılmaz olarak algıladıklarını düşünmekteyiz. Gebelerin ağrıyı daha fazla hissetmelerinin nedeni olarak doğum korkusunun üzerinde durulmasını düşünüyoruz.

Yapılan başka bir araştırmada gebelerin %58'i ağrı odasında ve doğumda hiçbir şeyin insana yardımcı olamayacağını savunmuştur. Anneler, bunlara rağmen gerek ağrı odasında, gerekse doğumda kontrollerini kaybetmediklerini de ifade etmişlerdir (%62). Ancak bunun yanı sıra %62 oranında, gebelerin ağrı odasında ve doğumda hep uyumak istedikleri de saptanmıştır. Ayrıca annelerin yarısı ölmekten korkarken, çoğunluğunun (%72) bebeğini kaybetmekten korktukları saptanmıştır (140).

Anne adaylarının ağrı odasında kendilerini kötü hissettikleri (%82), korktukları (%58), ağrıların dayanılmaz olduğu (%80) ve çekilen ağrının önemsiz olduğunu hiç kimse söyleyemez (%84) diye yanıtladıkları ancak ağrı odasının tek kişilik olmasını (%62) ve ağrı odasında hafif bir müzik yayınlanmasını da istemedikleri de (%72) saptanmıştır (140).

Sayın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, elektif sezaryen olanlar doğum ağrısı çekmekten ya da doğum sırasında bebeğe travma olur diye korktuğu, hem doğum ağrısından hem de bebeğe travma olur diye korktuğu için daha sonra gelişebilecek olası pelvik relaksasyon nedeniyle, doktor önerisiyle veya sosyal nedenlerle sezaryen tercih ettiklerini belirtmiştir (140).

Sezaryen sonrası vajinal doğum oranları ülkelere göre değişmektedir. Örneğin ABD'de sezaryen geçiren kadınların %8'i vajinal doğuma bırakılırken Norveç ve Bavaria'da bu oran %40'ı aşmaktadır (129).

İnceç ve Kumtepenin araştırmalarına göre 1999- 2003 yılları arasında SSVD (sezaryen sonrası vajinal doğum) uygulama oranları yıllara göre sırasıyla %16, %17,8, %23,5, %46,9 ve %49'du. Ortalama SSVD uygulama oranı ise %37,5 olup, bunların %67,4'ünde vajinal doğum başarılıydı (85). Daha önce sezaryen geçiren hastaların tekrar sezaryene alınmasındaki en önemli sebep rüptür ihtimalidir. Bu doğrudur ancak bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde uterus rüptürü neticesinde bir anne ölümü ile karşılaşılmamıştır. Daha önce sezaryen geçiren hastaların %63,6'sı vajinal doğumu gönüllü olarak kabul ederken, %36,4'ü ise elektif sezaryen istemiştir (85, 105).

Ovalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sezaryen sonrası “Vajinal doğum olmaz, hep sezaryenle doğum olur” diyenlerin oranı %56,6’dır (135). Gebelerin %15,4’ü sezaryen sonrası vajinal doğumun yurtdışında yapıldığını duyduğunu ve kendi doktoru önerdiğinde yapacağını belirtmiştir (137, 138). Bizim araştırmamızda ise Ovalı ve arkadaşlarının aksine gebeler sezaryen sonrası tekrar gebe kalırsa sezaryenle doğum yapmasının tek alternatif olduğunu düşünmektedir (%32,4). Yurt dışında ve Türkiye’de böyle bir uygulama duymadıklarını ayrıca bu konuda doktorunun da herhangi bir şey söylemediği dikkat çekicidir. Ve araştırmamıza katılan gebelerde sezaryen sonrası vajinal doğum yapan gebe sayısı %0’dır. “Sezaryeni takiben vajinal doğum yapılabilir mi?” diye sorulduğunda kadınların bundan habersiz olduğu da çok açık bir şekilde gözlenmektedir.

Yıllar önce ABD’de sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili yapılan çalışmalarla sezaryen sonrası gerçekleştirilen vajinal doğumun güvenli bir girişim olduğu görüşünde fikir birliğine varılmıştır (121, 141). Ayrıca primipar makat geliş nedeni ile yapılan veya saf makat gelişlerde rutin uygulanan sezaryen operasyonunun kullanımdan uzaklaştırılmasının sezaryen oranlarında azalmaya katkısı olacağı düşünülmektedir (141).

Çoban ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sezaryen ile doğumda yaşamın ilk üç gününde aile-bebek etkileşimini değerlendirilmiş; eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin anne-bebek etkileşim oranlarının arttığı belirlenmiştir (80).

Vajinal doğum yapanların sezaryenle doğum yapanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede erken emzirmeye başladıkları ve hastanede doğum yapmanın ise anlamlı olarak ilk emzirme zamanını geciktirdiği görülmüştür (142). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda sezaryen doğum yapan annelerin doğumdan sonra kendine gelmesi, dinlendirilmesi amacıyla emzirme geciktirilmekte, ilk 6 ay ek besin vermeye daha eğilimli oldukları görülmüştür (143). Bizim araştırmamızda da sezaryen ile doğum yapan gebelerin en büyük sorunu bebeği ile kısa sürede iletişim kuramaması (%10) ve bebeğini erken dönemde görmemeye bağlı rahatsızlık (%43,8) tir. Gebelerle konuşma sonucu elde ettiğimiz bilgilere göre; anneler bebeğini kısa sürede emzirmek istemektedirler. Bu nedenle sezaryen oranlarının oldukça yüksek olduğu ülkemizde, sezaryenin anne ve bebek için olası diğer olumsuz etkileri yanında anne sütü ile beslenmeyi etkilemesi açısından da değerlendirilip,

endikasyonların daha uygun konulması; sezaryenle doğum yapan annelerin de erken emzirmeye başlatılması yönündeki çabaların arttırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çoşkun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin doğum sonu hemşirelik bakımını değerlendirme ölçeğinden (DSHBDÖ) aldıkları bakım, eğitim oldukça düşük bulunmuştur. Buna göre doğum sonu dönemde hastanelerde verilen bakım ve eğitimin yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (80).

Sezaryen ameliyatı öncesi eğitim konusundaki eksikliğin belirgin şekilde hissedildiği gelişmekte olan ülkelerde ve toplumumuzda, annelerin bu konuda eğitilmelerinin yararını saptayabilmek için bu alanda sürekli çalışmalar yapılarak, hemşirelik bakımının etkinliğini arttırmak amacıyla çaba harcanmaktadır. Ege Üniversitesi Kadın-Doğum Kliniklerinde yapılan bir çalışmada, sezaryen ameliyatı olacak annelerin ameliyat öncesi ve sonrasında gereksinimleri incelenmiştir. Bunun sonucunda deneklerin çoğunluğunun neden sezaryen olduklarını dahi bilmedikleri saptanmıştır (28). Bizim araştırmamızda da bilhassa 16-24 yaş grubunda gebelerin doktoruna güvendiği için neden sezaryen olduklarını bile sormadıkları tespit edilmiştir.

Turnbull ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların yarısının sezaryen doğum yapma kararında tatmin olduklarını “güçlü bir şekilde katılıyorum” diye ifade ederken, %40,9’u sadece “katılıyorum” ve %4,7’ si “emin değilim” diye belirtmiştir. %20’si diğer alternatiflerle ilgili bilgiye ihtiyaçları olduğunu belirtmiş ve sadece %28,8’i sezaryen ihtimaline hazırlık için bilgilendirildiklerine “güçlü bir şekilde katılıyorum” diye belirtmiştir (144).

Osis, Padua ve arkadaşlarının Brezilya’da yaptığı çalışmada, yalnızca sezaryen doğum yapanlarla, önceden en az 1 kez vajinal doğum yapan kadınlar karşılaştırılmış ve kadınlara niçin vajinal doğumu tercih ettikleri sorulduğunda kadınlardan her iki doğum tecrübesini yaşayanlardan yarısı ile diğer grubun %40’dan fazlası daha az acı çekildiğini vurgulamışlardır. Sadece sezaryen tecrübesi olanların %41’i doğum sonrası iyileşmenin daha hızlı olduğunu belirtmiştir (91, 97). En az bir kez vajinal doğum olanların %31’i de aynı şeyi söylemiştir tam tersi olarak her iki doğum tecrübesi yaşayan kadınların %29’u vajinal doğumdan sonra günlük yaşama kolay dönülmesinin ve hastaneden daha kısa sürede ayrılmanın vajinal doğumun artlarından olduğunu söylemişlerdir; bu oran diğer grupta %18’dir. Her iki grup

arasında en iyi doğum şeklinin sezaryen olmasının daha az acıya dayandığı konusunda fark yoktur; sadece sezaryen olanlarda % 77, diğer grupta % 64'dür (97).

Vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapanların % 14'ü sezaryenin daha hızlı olduğunu söylerken bu oran diğer grupta %9'dur. Vajinal ve sezaryen yapan kadınların %7'si sezaryenin daha kolay ve kadınlar için daha rahat ve uygun olduğunu belirterek sezaryenin daha iyi olduğunu söylerken, bu oran sadece sezaryen olan kadınlarda %6'dır (45).

Bizim çalışmamızda da vajinal doğum gerçekleştirmek isteyen gebelerin vajinal doğumu destekler cevapları önem kazanmıştır. Vajinal doğum isteyen gebelerin en fazla tercih nedeninin daha doğal olması (%37,7) dır. Bunun yanında %27,5'i de normal hayata daha kolay döndüğü için vajinal doğumu tercih etmek istemiştir. Daha az bir oran %6,5'i de doğum sonu hastanede fazla kalmak istemediği için vajinal doğumu tercih edeceğini belirtmiştir. Sonuç olarak ise en ideal doğum şekli doğum öncesi yaptığımız çalışmada %81,7 vajinal doğum olarak tespit edilmiştir. Gebelerin farklı nedenlerden dolayı sezaryen ile doğum yapması; doğum öncesinde vajinal doğum yapmak isteyen gebelerin oranının % 68,4'den %41,8'e düşmesine neden olmuştur. Osis, Padua ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en az bir kez vajinal doğum deneyimi olan çoğu kadın, en iyi doğum şeklinin vajinal doğum olduğunu düşünmektedir. Benzer oranlarda grupların her ikisi de vajinal doğumun iyi olduğuna inanmaktadır. Çünkü kadınlar az ağrı ve acı çekmektedirler. Yine çoğu kadın sezaryende yalnızca kontraksiyonlar olmadığı için başvurmuştur. Ağrı olmadığı için de avantajlı bir metod olduğunu düşünmektedirler (97). Birçok kadın için vajinal doğum deneyimleri onların yaşamında tatmin edicidir (120).

Kanada'da yapılan çalışmada; hiç doğum yapmayan kadınlara isteğe bağlı olarak bilgi verildikten sonra cevap verenlerin %23'ü isteğe bağlı sezaryeni onayladıklarını söylemişlerdir. Diğer çalışmalardan farklı olarak erkeklerin sezaryeni daha fazla tercih ettikleri ve koruyucu özelliğinin olduğunu vurgulamışlardır (94).

Kadın doğumcuların seçimli sezaryen etkileri cinsiyet faktöründen etkilenmediği de görülmüştür. Seçimli sezaryeni önermeye istekli olmayan grup vajinal doğumun anne için de güvenli olduğuna ve sezaryenle doğumun anneye etkilerini daha net açıklamaları gerektiğini vurgulamış, istekli olan grupta hastanın kendi kararı ve seçim özgürlüğüne değer verdiklerini ortaya koymuşlardır (93).



Sezaryen artışıındaki önemli bir kısım da özel eğitimin rolü olduğu belirlenmiştir. Sezaryenin negatif etkileri araştırıldığında sonuç olarak sezaryenin gerekli olmadığı belirlenmiştir. Hastanenin özelliği doğum sonunu tanımlamada önemli bir rol oynamaktadır. Sezaryen oranının gün içinde değişime uğradığı belirlenmiştir. 08:00 ile 15:59 saatleri arasında sezaryen yoğunluğu artmaktadır. İlk gebeliğinde ve önceki sezaryen doğumu yapan kadınlarda sezaryen oranı tuhaf bir şekilde artmıştır (93). Kanada'da yapılan çalışmayı destekler şekilde yaptığımız çalışmada görülen odur ki bizde de sezaryen oranı gün içinde değişime uğramaktadır. Doğum yapan kadınların %52,9'u doğumunu 08:00-17:00 saatleri arasında yaparken; 24:00-08:00 saatleri arasında sezaryen ile doğum yapan gebelerin oranı yalnızca %6,4'dür. Sezaryen oranındaki artış ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 08:00 ile 17:00 saatleri arasında sezaryen yoğunluğu artmaktadır. Sezaryen ile doğum yapan kadınların yarıdan fazlasının (% 72) hafta içi günlerde doğumunu yapması da; sezaryen ile doğumun hafta içi günlerde daha fazla tercih edildiğini düşündürmektedir. Bu sonuçlar literatür bilgileri ile uyumlu ve Kanada'da yapılan çalışmaya benzerdir. Bu sonucun nedeni, planlanan ve daha önceden sezaryen olanların mesai saatleri dahilinde yapılması nedeni ile olabilir. Türkiye için ise gece olan doğumların genelde ebeler tarafından yapılması sezaryen oranını azaltan başka bir neden olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan başka bir araştırmada da sezaryen vakaları; hastanenin büyümesi, doktorun erkek olması, doğumun 08:00-15:59 saatlerinde olması ile yükselmektedir (145, 146). Doğum esnasında danışman olmaması ile doğum, yüksek oranda sezaryen ile ilişkilendirilmiştir (145, 146). Bizim çalışmamızda olaya farklı bir açıdan yaklaşmış gebelere doğum öncesi doğum hakkında danışmanlık almaları ile doğum şekilleri kıyaslanmıştır. Doğum hakkında bilgi alma durumu ile sezaryen ile doğum gerçekleştirme arasında da bir ilgi saptanmıştır. Sezaryen ile doğum yapanların %71,4'ü (210 gebede 150 gebe) doğum ile ilgili bilgi almamışken; doğum hakkında bilgi verilmesi ile vajinal doğum tercihinin arttığı gözlenmiştir. Doğum hakkında bilgi alan kadınların %67,9'u normal doğumu seçerken, danışmanlık almayan kadınların %68,7'si normal doğumu seçmiştir. Doğum ile ilgili bilgi alınması ile doğum seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç

alınmamıştır. Buradan kadınların doğum seçiminde danışmanlığın etkisinin olmadığı sonucuna varılması ilgi çekici bulunmuştur. Diğer bir ifade ile bilgilendirme hizmetinin amacına uygun bir şekilde verilmediği sonucuna varılmıştır.

Başka bir karşılaştırma da doğumda bilgi verilmesi ile doğum bilgisinin alındığı kaynak arasında yapılmıştır. Doğum bilgisi alan gebelerin %45,9'u doğum ile ilgili bilgilerini arkadaşlarından ve önceki doğum yapanlardan almıştır. Buna göre arkadaştan veya ailede doğum yapan (kayınvalide, görümce gibi) kişilerden alınan yanlış veya eksik bilgilerle, kadının doğum şeklini belirleyeceği kaçınılmaz bir sonuçtur.

Doğum ilgili bilgi almayan gebeler düşünüldüğünde ise; gebelerin %29'u doğum hakkında hiçbir bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Bu oran bize kadınların eğitim seviyesinin düşük olduğunu ve doğum tercihlerinde bilgisiz ve bilinçsiz olduklarını düşündürmektedir.

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 8.1.Sonuç

Afyonkarahisar ili sınırları içinde bulunan Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde gebe kadınların doğum tercihi ile ilgili davranışlarını ve bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yaptığımız araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Afyonkarahisar ilinde hastaneye başvuran kadınların büyük yüzdesinin ilçe ve köylerden geldiği tespit edilmiştir (%53,7). Yine orantılı olarak kadınların yaşı, eğitim düzeyi, evlilik yaşı, gelir durumları düşüktür. Çalışan kadın sayısı oldukça azdır. Bu sonuçlardan yola çıkarak kadınların eğitim seviyesinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır.

Gebelerin %56,5’u normal bir gebelik dönemi geçirirken, %67’si hastaneye yatmamıştır. İstenmeyen gebelik oranı %21 iken, gebeliklerin %79’u planlıdır.

Kadınların %66,5’i düzenli kontrole gitmiştir. Gebelerin %69,8’i doğum hakkında danışmanlık almamıştır. Gebelerin %22,4’ünün doğum hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Danışmanlık hizmeti ve doktorunun bilgilendirmesi yüksek oranda arkadaşlar ve daha önceki doğum yapanlardan sağlanmıştır (%44,9).

Doğum öncesi en ideal doğum şekli %81,7 oranla vajinal doğum olarak belirlenmiştir. Gebelerin %41,8’si vajinal doğumu gerçekleştirmiştir. Yine doğumdan önce %68,4’ü vajinal doğumu seçmek istemiştir. Vajinal doğumu seçme nedeni en fazla oranla daha doğal (%37,7) olduğu içinken sezaryen ile doğumu seçme isteme nedeni en fazla oranla (%48,2) diğer nedenlere bağlı olduğu tespit edilmiştir.

Gerçekleşen doğumların %72’si hafta içi, %52,9’u 08:00-17:00 saatleri arasında olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %62,3’ünün doğum şeklini doktoru belirlemiştir.

Doğum sonu sezaryen ile doğum yapan gebelerin %23,8’inin sezaryen ile doğum yapma nedeni önceki sezaryendir. Kadınların bilgileri sınıandığında “Bir kez sezaryen hep sezaryen” ibareleri dikkati çekmektedir. Kendi isteği ile sezaryen ile doğum yapan gebelerin oranının ise %11,4 olduğu tespit edilmiştir.

Sezaryen sonrası problem yaşanmaması (%82,9) ve gebenin doktorundan aldığı bilgiler (%39,5) sezaryen ile doğuma karar vermede gebeyi etkilediği görülmektedir.

Gebelerin %25,2 si sezaryenin en önemli olumsuz etkisinin doğum sonu ağrı olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %20,5'i de iyileşme zamanının geç olmasını sezaryenin olumsuz etkisi olarak tanımlamıştır.

Sezaryen sonrası gelişen psikososyal sorunlar ise %43,8 bebeği görmeye gecikmeye bağlı rahatsızlık, %27,1 evde rollerini sürdürememeye bağlı duyulan endişedir.

Gebelerin, %28,6'sı belirtilen tıbbi tehlike, %11,9'u da önceki gebelik/vajinal doğum tecrübesi nedeni ile sezaryen ile doğum yapmaya karar verdiğini belirtmiştir. Sezaryen ile doğum yapan gebelerin %51,9'u verdiği karardan memnundur.

Doğumunu vajinal yolla ile gerçekleştiren gebelerin %30,4'ünün doğum ağrısı 4 saat sürmüştür, vajinal doğum yapanların yaşadığı en önemli sorun (%27,1) ağrılar iken %47'si sorun yaşamadığını belirtmiştir.

Gebelerin %74,8'i vajinal doğumun en dikkat çekici avantajının doğum sonu normal aktivitelerine kısa sürede dönme, %13,9'u da bebeğini kısa sürede emzirme olduğunu belirtmiştir.

Gebelerin %61,6'sı vajinal doğumda yaşadıkları ağrıyı korku verici olarak değerlendirmiş, gebelerin %11,9'u da doğumun başlayacağını düşündüğü için mutluluk verici olduğunu belirtmiştir.

Doğum sonu vajinal doğum yapan gebelerin %81,5'i sezaryen ile doğum yapmayı istemediğini belirtmiştir. Vajinal doğum yapan gebelerin %15,2'si doğum sonu sezaryen ile doğum yapmayı istemede kararsız kalmıştır.

Tüm sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan gebelerin %62,3'ü tekrarlayan gebeliğinde vajinal yolla doğum yapmak istediğini; gebelerin %37,7'si de tekrarlayan gebelikte sezaryen ile doğum yapmak istediğini belirtmiştir.

Araştırmadan çıkarılacak sonuçlara göre;

-Gebelerin yaş ortalamaları düşüktür. Gebelerin büyük kısmı 16-24 yaşındadır (%55,7). Yine kadınların çoğunun çalışmaması ve erken yaşta evlenmeleri, gelir durumlarının düşük olması, merkezde yaşayanların az olması, eğitim seviyelerinin düşük olmasını doğrulamaktadır.

-Gebeler doğumla ilgili bilgi almamasına rağmen yarından fazlasının gebeliğinde problem yaşamadığı sonucuna varılmıştır (%56,5)

- Doğum danışmanlığı etkin verilmemekte kadınlar daha çok bilgi eksikliğini arkadaşlarından ve önceki doğum yapanlardan (%44,9) karşılamaktadır. Burada gebelerin bilgilerini arkadaşlarından almalarında yanlış yönlendirmeler olduğu düşünülmektedir.

-Gebelerin çoğunun ideal doğum olarak vajinal doğumu söylemelerine karşın (%81,7) gerçekleştirmek istedikleri doğum şekli olarak vajinal doğumu düşük oranda seçtikleri (%68,4) görülmektedir. Buna göre doğru olan doğum şeklini vajinal doğum olarak tanımlamalarına rağmen sezaryen ile doğuma yönelen gebeler bulunmaktadır.

-Gebeler vajinal doğumu en fazla doğal olduğu için (%37,7) seçmiştir.

-Gerçekleşen doğumların büyük kısmı hafta içi (%72) ve 08:00-17:00 saatleri arasındadır (%52,9).

-Doğum şeklini belirleyen kişi en fazla oranda gebelerin doktorudur(%62,3). Gebeler doktorundan aldıkları bilgiler sonucu sezaryeni daha çok seçmişlerdir.

-Gebeler doğum eyleminden korktukları için sezaryen ile doğumu istemektedirler.

-Sezaryen endikasyonunun en önemli nedeni, önceki sezaryendir (%23,8). Bunu diğer nedenler izlediği için, sezaryenin tüpligasyon için tercih edildiğine yönlendirmektedir.

-Genel olarak sezaryen olanların büyük kısmı sezaryen sonrası bir problemle karşılaşmamıştır (%82,9). Sezaryende problem yaşamadıkları halde takip eden gebelikte normal doğumu isteyenlerin oranı fazla bulunmuştur (%30,5).

-Kadınlar sezaryen sonrası en fazla ağrıdan (%25,2) ve bebeğini görmede gecikmeye bağlı duydukları rahatsızlıktan(%43,8) şikayetçidir.

-Sezaryen ile doğum yapanların yarından fazlası sezaryen ile doğum yapmaktan memnundur (%51,9).

-Vajinal doğum yapanlar ise genelde problem yaşamamıştır (%47).

-Vajinal doğumdaki ağrıyı büyük oranda acı verici olarak tanımlamalarına rağmen; (%61,6) vajinal yolla doğum yapan gebelerin büyük oranda sezaryenle doğum yapmak istemedikleri tespit edilmiştir (%81,5).

-Her iki doğum şeklini de gerçekleştiren kadınlar tekrar gebe kalırsa büyük bir kısmının vajinal doğumu seçeceği vurgulanmıştır (%62,3).

## 8.2.Öneriler

-Sezaryen oranlarının azaltılarak vajinal doğumun teşvik edilmesinin gerekliliği hem kadın sağlığı, hem de ulusal maddi yük açısından önemli bir gereksinimdir. Bu anlamda toplumu bilinçlendirerek, sağlık personelinin eğitilmesi ilk adım olacaktır.

-Eğitimli, ekonomik durumu uygun ailelerin sezaryen ölçütlerinin göz önünde tutularak bilinçlendirilmeli ve bu süreç uzun soluklu olmalıdır. Yine aynı çerçevede bilinen sezaryen endikasyonlarının belirlenmesinden çok, hekimlerin bu konuya etik olarak yaklaşımlarının sağlanması son derece önemli bir adım olacağını düşünmekteyiz.

- Tüm anne adaylarına gebelik öncesi, gebelik ve sonrasında vajinal doğumun önemi hakkında bilgi verilmelidir. Bilgi verme, eğitim konularının sağlık çalışanları tarafından danışmanlık hizmeti olarak benimsenmelidir.

- Sağlık çalışanlarına da eğitim seminerleri veya hizmet içi eğitim kurslarının düzenlenmesi ilimizin doğum hastanelerine gerekli destek verilmelidir.

- Özellikle sezaryen ile doğum yapan annelerin geç emzirmelerinin önlenmesi ve kısa sürede bebeği ile iletişime geçmesi sağlanmalıdır.

- Gebelerin doğum öncesi dönemde vajinal ve sezaryen doğum hakkında bilgilendirilmesi ve doğum sonu dönemde, sezaryen ile doğum yapan kadınların vajinal doğum yapanlardan farklı olan fiziksel ve psikososyal sorunlarının dikkate alınması ve kadına hem yeni bir loğusa hem de ameliyat geçirmiş bir hasta olarak bakım verilmesi önerilmektedir.

-Kız çocuklarının eğitim düzeyleri olanaklar ölçüsünde yükseltilmelidir. Anne ve çocuk sağlığı bakımı sorumluluğu verilen sağlık personelinin eğitim ve denetimleri sağlanmalı, nitelik ve niceliklerine ağırlık verilmelidir.

- Kadınların büyük bir kısmının doğumla ilgili bilgiyi doktorlardan aldıkları fakat bilginin zaman yetersizliği nedeniyle yetersiz olduğu belirlenmiştir. Gebeye en yakın kişi hemşireler ve ebeler olduğundan hastayla iletişim tekniklerini çok iyi bilmeli, eğitim için yeterli zamanı ayırmalı ve gerekirse konferans, seminer, broşür, kitap ve televizyon gibi gereçlerle eğitim programları hazırlanmalı ve gebelerin bu programlara katılmaları sağlanmalıdır.

-Sezaryen hızının artmasına neden olan toplumsal, yasal, kurumsal ve ekonomik nedenlerin düzeltilmeden sadece bu konunun bilincinde olan kadın doğum uzmanlarıyla optimal sezaryen hızına inilmesinin mümkün olamayacağı da bir gerçektir.

-Sezaryen sonrası vajinal doğumun imkanları müsait olan hastanelerde oldukça güvenli olduğu, hem hastane maliyetini azaltması hem de hastada moral bozukluğu yaratmaması açısından gerekli olduğu kanaatindeyiz. Bu nedenle ülkemizde diğer hastanelerde de uygun olgularda ve gerekli şartlar sağlanarak vajinal doğum tercih edilmelidir.

-Doğumların güvenli hale getirilmesi ve anne sağlığı üzerindeki risklerin azaltılması açısından önem taşımakta olup, doğumların sağlık kuruluşlarında yapılması koruyucu bir sağlık hizmeti olarak görülmeli ve özendirilmelidir. Hastanede doğum yapmanın avantajları gebelere anlatılmalıdır.

-ABD ve Avrupada sezaryenin devlete ve topluma maliyeti üzerine ayrıntılı hesaplar yapılmakta ve sezaryen oranını aşağılara çekmek için gayret sarfedilmekteyken, maliyet hesabının daha çok yapılması gereken ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ise bu hesap yapılmamaktadır. Ülkemizde de sezaryen ile doğumun maliyet hesabının yapılması gerekmektedir.

-Sezaryen hızını mümkün olduğunca düşürmek amaç edinilmeli, anne ve fetüs sağlığı açısından gerçek anlamda ciddi bir sorun yoksa vajinal doğumun birincil tercih edilen doğum olmasını sağlamaktır. Bunun sağlanabilmesi için birincil olarak daha önce geçirilen operasyonun gerçekten istenileni sağlayabilecek güvenlikte olması gereklidir.

-Sezaryen bir aile planlaması yöntemi için (tüp ligasyon) araç olarak kullanılmamalı ve bu konuda kadınlar yanlış yönlendirilmemelidir.

## KAYNAKLAR

1. Sertbaş G., (1998) *Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk - Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi*. Yayımlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , İzmir.
2. Gölbaşı Z., (2003) Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. *C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 7( 2).
3. Jensen M.D., Bobok I.M., (1993) *Maternity and Gynecologic Care* (5.ed.). St.Louis The Mosby Company.
4. Philips C.R., (1996) *Family-Centered Maternity and Newborn Care* (4. ed.). St Louis Missouri Mosby Year Book.
5. Shewan L.M., Scoloveno M.A., Weingorten C.T., (1995) *Nursing Care of the Childbearing Family*, Norwalk Appletonlonge. 1132- 1137.
6. Kömürcü N., (1989)Bakırköy SSK Doğum Hastanesinde İlk Doğumunu Yapan Annelerin Doğum Eylemlerine İlişkin Duygu ve Düşünceleri, *M.Ü Meslek Yüksekokulu*. 263- 267.
7. Neyzi O., (1994) *Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler*. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara. 41-47.
8. Mollay B.G. , Sheil O. , Duicnan M., (1988) Sezaryen Sonrası Doğum. *Literatür Dergisi* 7, 218 – 221.
9. Hacker N., Moore G., (1998) *Essentials of Obstetrics and Gynecology* (3.ed). Normal Labor, Delivery and the Puerperium. W.B.Saunders Company Publishing. 150-167.
10. Scott J., Disala P., Speallacy W., (1997) *Danforth's Obstetrics and Gynecology* (7.ed) Philadelphia Publishing, J.B Lippincott Company.
11. Vellay P., (1959) *Childbirth Without Pain* , Hutchinson & CO Publishing. 102-113.
12. <http://gebelik.org/dosyalar/normaldogum/nsd.html> 03.04.2006
13. Reis E., Kumpınar F., Çakmak B. , ve ark. (2005) Sezaryen Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. *IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi*. Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.



14. Baysal C. , Üstünel B. , Hakses M. , ve ark. (1986) Doğumda Sezaryen Operasyonunun Yeri ve Olgularımız . Ankara Jinekoloji Derneği *XII. Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi* , Ankara, Kongre Kitabı 24-26 Ekim.
15. [http://www.dunyabulteni.net/haber\\_detay.php?haber\\_id=3075](http://www.dunyabulteni.net/haber_detay.php?haber_id=3075) 05.07.2006
16. Hughes S., Levinson G., Rasen M., (2001) *Shnider and Levinson's Anesthesia for Obstetrics* (4.ed.). Collage Publishing. 201-229.
17. Sütlaş M., (2003) Sezaryenle Doğum Artıyor, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi ( Sted)* , Sayı 8.
18. Osmanbaşoğlu E. , Sarıözkan M. , Dinler H. , ve ark. (1993) *Eski Sezaryenlilerde Doğum Şekli* . Zeynep Kamil Tıp Bülteni **25 (1)**, 21-26.
19. Orhaner B., Karasalihoğlu S., Kitapçioğlu F., ve ark. (1995) Anne ve Kordon Kortizol Düzeylerinin Spontan Vajinal, İndüksiyonlu Vajinal, Acil Sezaryen ve Elektif Sezaryen Doğumlarda Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **12**, 89-94.
20. Jan E., Dickinson., (1999) *Cesarean Section* (2.ed). In: James D.K. , Stear P.J., (eds) *High Risk Pregnancy Management Options* . Harcourt Pubishers Limited.
21. Öztürk Y., Çetinkaya F., Günay O., ve ark. (1991) Kayseri Doğumevinde Gerçekleşen Doğumların Değerlendirilmesi *Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler* **2(1)** , 11- 20 .
22. Fraser W., Maunsell E., Hodnett E., (1997) *Randomised Controlled Trial of a Prenatal Vaginal Birth After Cesarean Section Education and Support Program* . *Am J Obstet Gynecol* **176**, 419 - 425.
23. Shorten A. ,Donsante J., (2002) *Birth Position Accoucheur and Perineal Outcomes* : Informing Women About Choices for Vaginal Birth. Mar ; Volüme: **29(1)**, 18-27.
24. Shorten A., Keogh J., West S., et al. (2005) *Making Choices for Childbirth : A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth After Cesarean* , December **32( 4)**, 252-261.
25. Whitfield C.(ed) , (1986) *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology for Postgradvates* , Fourth Edition.
26. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum10.pdf> 13.06.2006

27. Yamaç K., Gürsoy R., Çakır N., (2002) *Gebelik ve Sistemik Hastalıklar*. Nobel Tıp Kitabevi. 12- 19.
28. Erdoğan E., (1983) İlk Doğumunu Yapan Loğusaların Doğum Sonrası Bakıma İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması , Planlı Eğitimin Bilgi Düzeylerine ve Doğum Sonrası Komplikasyonların Önlenmesine Etkilerinin İncelenmesi . Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı , *Doktora Tezi* , İzmir.
29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması , (1998) *Sezaryen ve Etik*.
30. Başer M., Taşçı S., Bayat M., Öztürk Y., (1997) Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi , Doğum ve Doğum Sonrası Sağlık Bakımı Alma Durumlarının Değerlendirilmesi . Dokuz Eylül Üniversitesi , *V. Ulusal Hemşirelik Kongresi* , 2-4 Temmuz İzmir .
31. Coşkun A., Karanisoğlu H., (1992) *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Seçim, H.(ed). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
32. Medical Network Ders Notları Serisi (1993) *Normal Gebelik, Doğum ve Puerperium*. Obstetrik ve Jinekoloji. 79-95.
33. <http://www.geocities.com/sinandoganturk/dogumeylemi.html> 13.07.2006
34. Russell P., Biswas M., (1994) Normal Yenidoğanla İlgili Temel Bilgiler, Değerlendirme ve Bakım. *Çağdaş Obstetrik- Jinekolojik Teşhis-Tedavi*. In: Pernoll M. (ed). Barış Kitabevi, Ankara.
35. Taşkın L., (2005) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
36. Hopkins J., (2000) *Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*. Normal Doğum Eylemi ve Doğuma Yaklaşım. Lambrou N.,Mone A. (eds.) Atlas Kitabevi, Ankara
37. Sakala E., (1999) *Obstetrik ve Jinekoloji* . Nobel Tıp Kitabevi , Board Review Serisi . 40-41.
38. Enkin M. et al. (2000) *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. (3ed.) Oxford University Pres.
39. Depp R., (2002) *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies* (4.ed.) . In:Gabbe S., Niebyl J., Simpson J., (eds). Churchill Livingstone Publishing.

40. Önder İ., (1994) *Kadın Doğum Propedötik*. Normal Doğum Mekanizması, Güneş Kitabevi, Ankara
41. Benson R., (1974) *Kadın Hastalıkları ve Doğum El Kitabı*, Normal Doğumun Gidişi ve Yapılması. Onat D. (çev. Ed.), Güven Kitabevi, Ankara.
42. Konakçı S. , Kılıç B., (2002) *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted)* Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D , İzmir **11( 8)** , 286 .
43. Galt E., (1965) *Gebelik-Doğum ve Yenidoğan Çocuk*, Sevgül Ö., (çev) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları , Gürsoy Basımevi , Ankara.
44. Yayın Kurulu, (1996) *Özet Temel ve Klinik Bilimler* (2.Baskı) Saraçoğlu, Ö.F. (ed).Güneş Kitabevi, Ankara.
45. Gökşin E. , Durukan T. , Üstay K., (1996) *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. H . A . Kişnişçi (Ed) . Güneş Kitabevi , Ankara.
46. D.Cengiz S. (ed), (2003), *Kadın Hastalıkları ve Doğum*, Yüksek Riskli Gebelikler ve Antenatal İzleme. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ant. A. Ş Yayınları.
47. Şimşek E., (ed) , (1992)*Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Saray Kitabevi, İzmir.
48. Pernoll M (ed.), (1991) *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment* (7.ed.) Cesarean Section. Prentice-Hall International Inc. Publishing. 554-565.
49. Miriam R., Ralph C., Kökner S., (1994) *Gebelik ve Puerperiumdaki Psikiatrik Bozukluklar Obstetrik ve Jinekolojide Psikolojik Problemler* **2** , 1409-1410.
50. Scott J., Disaiap P., Spellacy W., (1994) *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. Normal Labor and Delivery. J.B Lippincott Company- Philadelphia Publishing. 105-128.
51. *Hacettepe Kadın Doğum Ders Notları* (1992), Normal Doğumun Gidişi (3.baskı), Apaydın Kitabevi, Ankara.
52. Tulman L. , Fawcett J., (1988) *Functional Status After Childbirth in an Australian Sample* **27(4)** , 402 - 409.
53. Durmuş Z., Çiçek N., (1986) *Obstetrik ve Jinekolojik Cerrahi*. Normal ve Spontan Doğum. Medikal Yayınları , Ankara.

54. <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=47> 01.07.2006.
55. Lilford R.J., Groot H.A., Moore P.J., et al (1990) *The Relative Risks of Caesarean Section and Vaginal Delivery* **97**, 883.
56. Akgül C., (2004) Doğum Bilgileri , İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
57. Caroli G.,Belizan J., (2000) *Episiotomi for Vaginal Birth*. Cochrore Data base syst Rev **2**.
58. Zuspan / Quilligan. ( Tarihsiz) *Obstetrik ve Jinekoloji*. Atlas Kitabevi.
59. Beck W., (1997) *Obstetrics and Gynecology* , 4th edition , Mass Publiihing Co. 31 - 38
60. Yılmaz Ş., Seviğ Ü., (2000) Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yenidoğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar. *III.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*. Ankara . Kongre Kitabı .172.
61. Koca A., Gül A., Aslan H., ve ark. (1998) Eski Sezaryen Olgularında Vajinal Doğumun Güvenirliği. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi* **5** , 151-154.
62. Işık A., (1990) Vaginal Doğum Yapmış ve Sezaryen Uygulanmış Annelerin Yenidoğan Bebeklerine İlk Dokunuşları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **6 (2)**, 77.
63. Şevket O., (2005) Primer Sectio Caeserae Abdominalis Olgularında Per-Operatuar Servikal Dilatasyon ile Erken Uterin İnsizyon Stabilitesi Arasındaki İlişki, Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul.
64. [http://www.iyilik saglik.com/haber\\_detay.asp?haber\\_id=305&kat\\_id=31](http://www.iyilik saglik.com/haber_detay.asp?haber_id=305&kat_id=31) 18.09.2006
65. Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J., (2001) *Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy* In: Williams Obstetrics. (21ed.), 537- 565.
66. Perlow J.H. , Morgan M.A. (1994) *Massive Maternal Obesity and Perioperative Cesarean Morbidity* **170**, 560 .
67. Abbassi H , Aboulfalah A , Morsad F, et. al. (2000) *Maternal Complications of Cesarean Section: Retrospective Analysis of 3 , 231 Interventions at the Casablanca University Hospital , Morocco Sante* **10** , 419 - 423.

68. Güngör İ., Gkyıldız Ő., Nahcıvan N., (2004) Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin GrŐleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar . İstanbul Üniversitesi *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi* **53** .
69. Cunnigham F.G, Mac Donald P.C, Gant N.F., (1997) *Williams Obstetrics*, 20 th ed. Apyleton& Lange, Stamford, Connecticut. 509- 531.
70. Flamm B.L., Newman L.A., Thomas S.J., et.al.(1990)Vajinal Birth After Cesarean Delivery: Results of a 5 year multicenter collaborative study. *Obstetry Gynecology* **76**, 750.
71. Wing D.A., Paul R.H., (1999)*Vajinal Birth After Cesarean Section: Selection and Management*. Clin Obstetric Gynecology **42** , 835.
72. Queenan J., Hobbins J., (1998) *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*. Güner H. (ev.ed.), 609-614.
73. [http://www.literatur.web.tr/eliteratur/archive.php?txt\\_search=&cmd=&y=15](http://www.literatur.web.tr/eliteratur/archive.php?txt_search=&cmd=&y=15)  
03.04.2006
74. Al-Nobani A., (1993) Sectio Caeserea Vakalarının Artış Nedenleri ve Endikasyonlarının İncelenmesi . *Yayımlanmış Doktora Tezi*. T.C. Sağlık Bakanlığı ŐiŐli Etfal Hastanesi , İstanbul.
75. <http://www.genetikbilimi.com/genbilim/sezaryen.htm> Sezaryen İle Doğum  
03.04.2006
76. Kara F., (2004) *Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi* , Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği , İstanbul.
77. <http://www.familydoctor.org> 12.04.2006.
78. Langer B., Schlaeder G., (1998) What Does The Cesarean Rate Mean İn France , Jan; **27 (1)**, 62- 70.
79. Devendra K . ,Arulkumaran S., (2003) *Should Doctors Perform an Elective Caesarean Section on Request?* **32(5)**, 577-81 .

- 80.** Çoban A., Saruhan A., (2003) İleri Anne Yaşının Beraberinde Getirdikleri. *III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*. Ankara . Kongre Kitabı.
- 81.** [http:// www.bebegimveben.com/bebegim/dogum-cH04.asp](http://www.bebegimveben.com/bebegim/dogum-cH04.asp). 05.04.2006.
- 82.** Al-Azzawi F., (1996) *Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası*. Normal Doğum. Işıloğlu H. (Ed), Birol A.Ş.
- 83.** Global and Regional Estimates of Incidence of a Mortality Due to Unsafe Abortion. WHO report 2002.
- 84.** <http://www.ismaildolen.com/yazilar/sezaryen> . Sezaryen ve Etik . 10.04.2006
- 85.** İngeç M. , Kumtepe Y. , Kadanalı S., (2004) Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum : 5 Yıllık Sonuçlar , *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi* , Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı , Erzurum **18 (4)** , 236 - 240 , Aralık 2004.
- 86.** 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)
- 87.** Aksu F., Maduzu R. , Öz U., ve ark. (1997) Cerrahpaşa Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinin 1986 - 1995 Arasındaki Sezaryen Oranları ve Endikasyonlarının Dağılımı. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* **28(1)**, 43 - 47.
- 88.** Paul R.H , Miller D.A., (1995) Cesarean Birth : How to Reduce the Rate. *Am J Obstet Gynecol.* Jun ; **172(6)**, 1903 – 1907.
- 89.** <http://www.tjod.org/jine/dergiler/nisan/5.htm> . 12.04.2006
- 90.** Parilla B.V, Dooley S.L , Jansen R.D , et.al. (1993) Iatrogenic Respiratory Distress Syndrome Following Elective Repeat Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* **81(3)**, 392-395
- 91.** Faundes A. , Padua K. , Osis M., (2004) Brazilian Women and Physicians' Viewpoints on Their Preferred Route of Delivery São Paulo, Aug **38(4)** .
- 92.** Watts J., (ed), (1999) Midwives and Vaginal Delivery **319**, 1008.
- 93.** Gurgan M. P., (1999) Active Management of Labour Revisited. *B . J of Obstet Gynaecol* **106(9)** , 1002.
- 94.** Farrell S. A. , Baskett F. , Farrell K., (2005) The Choice of Elective Cesarean Delivery in Obstetrics a Voluntary Survey of Canadian Health Care Professionals , Oct **16 (5)**, 378 - 383.

- 95.** Burns L.R. , Geller S.E. , Wholey D.R., ( 1995) The Effect of Physician Factors on the Cesarean Section Decision. *Med Care Apr* **33(4)** , 365 -382.
- 96.** Andrea L., (1997) A New Ethical and Clinical Dilemma in Obstetric Practice : Cesarean Section “On Maternal Request”. *Am J Obstet Gynecol* **177**, 245 - 246
- 97.** Osis M.J.D. , Padua K.S. , Duarte G.A. et al (2001) *The Opinion of Brazilian Women Regarding Vajinal Labor And Cesarean Section* . *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **75** , 59 - 66.
- 98.** [http://www.kadinvegebelik.org/gebelikvedogum/dogum\\_sezeryan\\_ve\\_normal.htm](http://www.kadinvegebelik.org/gebelikvedogum/dogum_sezeryan_ve_normal.htm)  
18.09.2006
- 99.** Curtin S.C., (1997) *Rates of Cesarean Birth And Vaginal Birth After Previous Cesarean* , 1991-95 *Mon Vital Stat Rep* **45**, 3 – 11 .
- 100.** National Health Promotion and Disease Prevention Objectives (2000) Washington , D.C. , Public Health Service , 1990 . US Department of Health and Human Services . Health People
- 101.** Creasy R. K. , Resnik R., (1999) *Maternal – Fetal Medicine* , (4.ed.). W . B Saunders Company Publishing.
- 102.** Coşkun G. , (2003) Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Mersin. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.
- 103.** De Cherney A.H. , NathanL. , (2003) Cesarean Section İn: *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. (9ed.). 518- 529.
- 104.** Gilstrap L.C. , Cunningham F.G., Vandorsten P.J. , (2002) Cesarean Delivery İn: *Operative Obstetrics* (2ed.) Appleton and Lange. 257 - 73
- 105.** Çavuşoğlu H. , (2006) *Çocuk Sağlığı Hemşireliği* **2**, 333.
- 106.** Valet A., Goerke K., Steller J. , (1994) *Klinik Muayene Tanı Klavuzu Kadın Hastalıkları ve Doğum*, (2. Baskı), Yüce Yayınları.
- 107.** Puyun U. , Wechselberg K. , (1989) *Anne ve Çocuk* , Kınalıboy E (çev) Remzi Kitabevi, (5. basım) İstanbul.
- 108.** Altuğ S. , (1988) Sezaryenle Doğum Yapacak Annelerde Ameliyat Öncesinde Kurulan Eğitsel İlişkinin Ameliyat Sonrası Rehabilitasyonun Başarısına Etkisi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi* , İzmir.

- 109.** Genç Hekimler, (1996) *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Sezaryen. Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi, Genişletilmiş 5.Baskı.
- 110.** Rock J., Jones H. , (2003) *The Linde's Operative Gynecology* (9.ed)Lippincott Williams and Wilkins Publishing . 103-104.
- 111.** Artıran İğde F. , (2004) Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Sted* , **13(4)**, 137-140.
- 112.** [http://cicibebe.net/gebelik\\_dogum/dogum.htm](http://cicibebe.net/gebelik_dogum/dogum.htm) 13.04.2006
- 113.** Yıldız C. , (1994) Sezaryenle Doğum Deneyiminin Anne-Bebek ve Baba Açısından İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 114.** U . S . Public Health Servise Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives . Washington , D.C : U.S . Department of Health and Human Servises 1991 . Health People 2010 **16**.
- 115.** Browne F.J., Browne L. , (1963) *Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım* . ( 9. Baskı). T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 14- 19.
- 116.** Kaser O., İkile F.A., Davis A., ve ark. (1987) *Abdominal Histerektomi ve Sezaryen Ameliyatı*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları **3**, 91- 97.
- 117.** Arslan P., Sevil Ü. , (2003) Sezaryenle Doğum Yapmış Annelerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi . *I.Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Bildirisi*. Bildiri Kitabı. Ankara. Palme Yayıncılık.
- 118.** Michael S. R, Ian W. S, Sheila M. , (1996) Using the Medical Audit Cycle to Reduce Cesarean Section Rates. *Am J Obstet Gynecol* **174**, 199 - 205.
- 119.** Pedro A. , (1999) Effects of Obstetrician Characteristics on Cesarean Delivery Rates: A Community Hospital Hospital Experience. *Am J Obstet Gynecol* **180** , 1364 - 1372.
- 120.** Husslein P. , (2001)Elective Caesarean Section Versus Vajinal Delivery. *Whither the and of Traditional Obstetrics* **4**, 169-174.
- 121.** Raynor B.D. , (1993) The Experience With Vaginal Birth After Cesarean Delivery in a Small Rural Community Practice. *Am J Obstet Gynecol* **168**, 60 - 62.



- 122.** Rageth J.C., Juzi C., Grossenbacher H., (1999) Delivery After Previous Cesarean: a Risk Evaluation. Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. *Obstet Gynecol* **(93)3**, 332-337.
- 123.** Gonen R. , Tamir A. , (2002) Obstetricians Opinions Regarding Patient Choice in Cesarean Delivery ; *Obstetrics & Gynecology* **99**, 577 - 580.
- 124.** Driscoll K. , Meagher D. , (1986) Active Management of Labour , (2.ed.) Caesarean Section Rates, Bailliere Tindall Publishing, 108-111.
- 125.** Leeman L., (2005) Patient Choice Cesarean Delivery , *American Family Physician* , August.
- 126.** Taylor L. , Simpson J. , Roberts C. , (2005) Risk of Complications in a Second Pregnancy Following Caesarean Section in the First Pregnancy : a Population-Based Study **183(10)** , 515 - 519.
- 127.** Gould J.B. , Davey B. , Stafford R.S., (1989) *Socioeconomic Differences in Rates of Cesarean Section* , 233 : 321 .
- 128.** Zeteroğlu Ş. , Şahin G., Sürücü R. , (2003) Sezaryen Operasyonlarında Fetal Kesici Yaralanmalar , *Perinatoloji Dergisi* , Yüzüncü Yıll Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A . D., Van **11(1 – 2)** , 33 - 36 .
- 129.** Küçük M. , Sönmez S. , Akın I., ve ark. (1992) Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler **3(2)**, 49 - 52.
- 130.** Baybek H. , Oflaslı F. , Peker Ö. , (2003) Muğla Devlet Hastanesinde Yatan Gebelerin Doğum Sonu Egzersizler Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi , *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **7(2)**.
- 131.** Arslan H. , Demirci N. , Doğan Y. ve ark. (2003) Sezaryen Doğumların Seçiminde Etkili Faktörler . *III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Ankara* . Kongre Kitabı. 247.
- 132.** Read A.W. , Prendiville W.J. , (1994) Cesarean Section and Operative Vajinal Delivery in Low- Risk Primiparous Women , Western Australia. Jan ; **84(1)**, 37 - 42.
- 133.** Notzon F.C. , Cnattingius S , Bergio P, et al. (1994) Cesarean Section Delivery in the 1980s : İnternational Comparison by İndication. *Am J Obstet Gynecol* **170(2)** , 495-504.

- 134.** Boran B. , Türker A. , Ekiz M., Dündar Ö., (1999) Sezaryen Oranları : Bizde Ne durumda ? *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* **3** , 170-173 .
- 135.** Ovalı Yıldızoğlu İ. , Durgun Babadağlı B., (2002) Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Sezaryen ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma İlişkin Bilgileri . . *III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi* . Ankara . Kongre Kitabı. 206.
- 136.** Danforth D. (ed) , (1971) Textbook of Obstetrics and Gynecology , (2.ed.) , Medical Book Department Publishing. Harper & Row, Publishers.
- 137.** Durmuş Z., Ekmekçi S., Orbay G., (1986) Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinde 1985 Yılında Yapılan Sezaryenlerin Analizi.*Kadın Doğum Dergisi* , Kasım sayısı **2 (3)**, 119 - 122.
- 138.** Paul RH., Phelan JP., Yeh S., (1985) Trial of Labor in the Patient With a Prior Cesarean Birth **151**, 297.
- 139.** Cleary Goldman J. , Cornelisse K. , Simpson L.L. , et al. (2005) Previous Cesarean Delivery : Understanding and Satisfaction With Mode of Delivery in a Subsequent Pregnancy in Patients Participating in a Formal Vajinal Birth After Cesarean Counseling Program , May ; **22(4)**, 217 -221.
- 140.** Sayın C., Berberoğlu U., Varol F., (2004) Sezaryenle Doğum Yapmış Sağlık Personelinde Doğum Sonrası Memnuniyet ve Takip Eden Gebelikte Doğum Şekli Tercihi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. İstanbul **18(2)**, 82-88.
- 141.** Aygen E. , Başbuğ M., (1996) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 1985 - 1996 Yıllarındaki Sezaryen Oranları. *Erciyes Tıp Dergisi* **18( 3-4)**, 175 - 179.
- 142.** Çoban A. , Saruhan A., (2005) Doğum Sonrası Anne -Yenidoğan Etkileşimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.*Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi* **1(2)** , 15 - 22.
- 143.** Ünsal H., Atlıhan F., Özkan H., (2005) Toplumda Anne Sütü Verme Eğilimi ve Buna Etki Eden Faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **48**, 226- 233.
- 144.** Turnbull D. , Wilkonson C. , Yaser A., (1999) Women's Role and Satisfaction in the Decision to Have a Caesarean Section ; **170** , 580 - 583.

- 145.** Lukanova M. , Popov I ., (2002) Effect of Some Factors on Obstetrical Care of Women With Previous Cesarean Section **41(6)**, 44- 48 .
- 146.** Campero L. , Hernandez B. , Osborne J. , et.al. (2004) Support From A Prenatal Instructor During Childbirth Is Associated With reduced rates Of Caesarean Section In A Mexian Study. Fulltext. Mexican **20**, 312-323.

EK 1. Veri toplama formu

### ANKET SORULARI

#### **Doğum Öncesi;**

1. Yaşınız

a)16-24

b)25-34

c)35 ve üstü

2. Eğitim Durumunuz

a)Okur yazar değil

b)İlkokul

c)Orta okul-lise

d)Yüksekokul

3. Çalışıyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır

4. Evlilik yaşıınız

a)16-24

b)25-35

c)36 ve üstü

5. Sosyal güvenceniz

a)Emekli sandığı

b)SSK

c)Bağkur

d)Yok

6. Gelir durumunuz

a)150 YTL – 399 YTL

b)400 YTL – 649 YTL

c)650YTL -1000 YTL

d)1000 YTL üzeri

7. Nerede yaşıyorsunuz?

a) Kent merkezi

b) İlçe

c) Köy

8. Gebeliğiniz döneminde herhangi bir problem yaşadınız mı?

a) Normal bir gebelik dönemi geçirdim

b) Küçük problemler yaşadım, önemsizdi.

c) Ciddi problemler yaşadım. Belirtiniz.....

9. Gebeliğiniz döneminde hastaneye yattınız mı?

a) Evet

b) Hayır

10. Bu gebeliğe eşiniz ve siz planlayarak mı karar verdiniz?

a) Evet

b) Hayır

c) İstemiyorduk ama gebelik oluştu.

11. Gebeliğiniz esnasında gebelik kontrollerine gittiniz mi?

a) Hiç gitmedim

b) Bir kez gittim

c) 1-3 kez gittim

d) Son ayda gittim

e) Düzenli kontrole gittim

12. Doğum hakkında danışmanlık aldınız mı?

a) Aldım

b) Almadım

13. Sizce en ideal doğum şekli hangisidir?

a) Normal doğum

b) Sezaryen

14. Normal doğum ve sezaryen konusundaki bilgilerinizi nereden aldınız?

- a)Arkadaşlardan ve daha önce doğum yapanlardan
- b)Doktorum detaylı bilgi verdi
- c)Gazete, televizyon ve dergilerden
- d)İnternette
- e)Bilgi sahibi değilim

15. Bu gebeliğinizde hangi doğum şeklini seçmek istersiniz?

- a)Normal doğum
- b)Sezaryen

16. Neden?

- Sezaryen ise;
- a)Daha az ağrılı\Doğum ağrılarından korkuyorum
  - b)Bebeğim için daha güvenli
  - c)Doğum yırtıklarının olmasını istemiyorum
  - d)Çabuk olduğu için
  - e)Kadın için ve doktor için daha kolay
  - f)Diğer.....

Normal doğum ise;

- a)Daha doğal
- b)Bebeğim için daha uygun
- c)Doğum sonrası daha az ağrılı
- d)Hastanede daha az kalınıyor ve çabuk taburcu olduğu için
- e)Normal hayata daha kolay dönüldüğü için
- f)Diğer.....

### **Doğum Sonrası;**

17. Doğum şekliniz

- a)Sezaryen
- b)Normal doğum

18. Doğumun gerçekleştiği gün

- a)Hafta sonu
- b)Hafta içi

19. Doğum zamanınız

a)08:00-17:00

b)17:00-24:00

c)24:00-08:00

20. Doğum şeklinizi kim belirledi?

a)Kendim

b>Eşim

c)Doktorum

d)Diğer

21. Sezaryen ile doğum yaptıysanız hangi nedene bağlıdır?

a)Önceki çocuklarımın sezaryen ile doğması

b)Doğumumun zor olması

c)Bebeğimin normal yerleşmemesi

d)Çoğul gebelik

e)Bebeğimin oksijensiz kalması

f)Kordon dolanması

g)Bebeğimin beklenen tarihten geç doğması

h)Kendi isteğimle

ı)Diğer

22. Sezaryen doğum sonrası herhangi bir problem gelişti mi?

a)Evet

b)Hayır

23. Sezaryen olduysanız sezaryenin olumsuz etkileri nelerdir?

a)Anne ile çocuk arasındaki etkileşimi geciktirir

b)Enfeksiyon riski

c)Kanama riski

d)Anesteziye bağlı gelişen yan etkiler

e)Doğum sonu ağrı

f)Özel bakım ihtiyacı

g)İyileşme zamanının geç olması

h) Sonraki doğumun da sezaryenle olması

24. Sezaryen sonrası hangi psikososyal sorunlarla karşılaştınız?

- a) Bebeğimi görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık hissettim
- b) Bebeğime bağlanmada güçlük ve suçluluk hissi duydum
- c) Beden imajımdaki bozulma beni rahatsız etti
- d) Evde rollerimi sürdürememe endişesi yaşadım
- e) İş ile ilgili kaygılarım oldu

25. Eğer sezaryene kendiniz karar verdiyseniz, sezaryen doğuma karar verirkenki nedenleriniz?

- a) Doktorumdan aldığım bilgiler
- b) Tedavi hakkındaki düşünceler
- c) Eşlerin düşünceleri
- d) Doğumun uzun sürmemesi
- e) Olacakların önceden planlanması
- f) Ağrı hakkındaki düşünceleri
- g) Önceki gebelik\normal doğum tecrübesi
- h) Gebelik sürecinde aile ve arkadaşların etkileri
- ı) Kendini yaşlı hissetmeleri
- j) Tıbbi tehlike

26. (Sezaryen doğumu seçen kadınlar) Doğumdan memnunmusunuz?

- a) Kararımdan memnunum
- b) Tek alternatif olduğunu düşünüyorum
- c) Hayal kırıklığına uğradım
- d) Sezaryen çok da gerekli değilmiş
- e) Diğer

27. Normal doğum yaptıysanız ağrıların başlangıcından itibaren doğum kaç saat sürdü?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 ve üstü



28. Normal doğum yaptıysanız ne gibi sorunlar yaşadınız?

- a) Ağrılarım oldu
- b) Doğum süresi uzun sürdü
- c) Bebekle ilgili problemler oldu
- d) Ağrılarım başladığında doktorumu bulamadım
- e) Olumsuz normal doğum deneyimi
- f) Sorun yaşamadım

29. Sizce normal doğumun avantajları nelerdir?

- a) Doğum sonu normal aktivitelerine kısa sürede dönme
- b) Kısa sürede bebeğini emzirme
- c) Anestezi almama
- d) Bebeğin kısa sürede etkili solunuma başlaması
- e) Abdomende kesi izi olmaması
- f) İstenen diğer doğum için zamanı kısaltması

30. Normal doğumda yaşanan ağrıyı nasıl tanımlarsınız?

- a) Korku verici
- b) Doğumun başlayacağını düşündürdüğü için mutluluk verici
- c) Değişik bir durumla baş etme
- d) Cezalandırma
- e) Diğer

31. Doğumunuzun sezaryenle olmasını istermiydiniz?

- a)Evet
- b)Hayır
- c)Kararsızım

32. Tekrar doğum yaparsanız hangisini seçmek isterdiniz?

- a)Normal doğum
- b)Sezaryen

Teşekkürler