T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

SEZARYEN VE NORMAL DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM YÖNTEMLERİNE OLAN DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

ASLI KARAKUŞ

DANIŞMAN
NEVİN HOTUN ŞAHİN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2007

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

07/08/2007

Prof.Dr.Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum	: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı	: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Programın seviyesi	: Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı	: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi	: Aslı Karakuş
Tez Başlığı	: "Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Olan Davranış ve Tutumlarının Belirlenmesi "
Sınav Yeri	: İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi	: 02 / 08 / 2007

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1.Doç.Dr.Nurdan Demirci Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

2.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

3.Prof.Dr.Suzan Yıldız İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

4.Yard.Doç.Dr.Nevin Hotun Şahin (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

5.Yard.Doç.Dr.Ümran Oskay İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Aslı Karakuş



İTHAF

Sevgili Anneme, babama ve kardeşime ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin'e gösterdiği ilgi ve anlayışa, verdiği bilimsel desteğe, çalışmanın yürütüldüğü VKV Amerikan Hastanesi Kadın Doğum servisinde çalışma için gerekli ortam ve desteği sağlayan çalışma arkadaşlarıma ve yöneticilere, çalışmanın her karesinde emeği olan sevgili kuzenim Önder Karakuş'a ve bana olan sevgi ve güvenleri ile benim bu seviyeye gelmemde büyük katkıları olan sevgili annem, babam ve kardeşime içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI 2
BEYAN 3
İTHAF 4
TEŞEKKÜR 5
İÇİNDEKİLER 6
TABLOLAR LİSTESİ 7
ŞEKİLLER LİSTESİ 8
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ 9
ÖZET 10
ABSTRACT 12
1. GİRİŞ VE AMAÇ 14
2. GENEL BİLGİLER 16
3. GEREÇ VE YÖNTEM 51
4. BULGULAR 54
5. TARTIŞMA 86
KAYNAKLAR 122
EKLER 134
ETİK KURUL KARARI 142
ÖZGEÇMİŞ 143

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Olguların Yaş Durumu.....56

Tablo 2: Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri 56

Tablo 3: Olguların Doğum Yöntemleri ve Anestezi Şekilleri 57

Tablo 4: Olguların Doğum Yöntemine Göre Yaş Ortalamaları 58

Tablo 5: Doğum Yöntemi İle Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....59

Tablo 6: Olguların Doğum Yöntemini İle Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılması.....61

Tablo 7: SCA'nın Tıbbi ve Kişisel Nedenleri.....62

Tablo 8: NSD'yi Seçme Nedenleri.....63

Tablo 9: Olguların Doğum Yöntemine Karar Verilme Zamanı.....64

Tablo 10: NSD İle İlgili Yaşanılan Sorunlar.....64

Tablo 11: Olguların SCA İle İlgili Yaşadığı Sorunlar.....65

Tablo 12: Olguların Planlanan Doğum Yönteminin Doğum Anında Değişme Durumu ve Hissettikleri.....66

Tablo 13: Olguların SCA'yı Tavsiye etmeme Nedenleri.....67

Tablo 14: Olguların Doğum Yöntemlerini Tercih ve Tavsiye Etme Durumlarının İlişkisi.....70

Tablo 15: Doğum Yöntemlerine İlişkin Hazırlanmış İfadelerin Dağılımları.....74

Tablo 16: Doğum Yöntemlerine İlişkin Hazırlanmış İfadeler İle Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılması.....77

Tablo 17: Doğum Yöntemlerine İlişkin Hazırlanmış İfadeler ve Doğum Özelliklerinin Karşılaştırılması.....80

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Toplam ve SCA ile ilk doğum oranı ve SSVD: Amerika 1989–2004.....24

Şekil 2: Olguların Doğum Yöntemini Kendi Tercih Etme Durumu 68

Şekil 3: Olguların Doğum Yöntemini Diğer Kadınlara Tavsiye Etme Durumu 69

Şekil 4: Olguların Tekrar Doğum Yaparlarsa Aynı Metodu Tercih Etme Durumu 69

Şekil 5: Olguların Doğum Yöntemini Tavsiye Etme Durumu İle Kendi Tercih Etme Durumu 71

Şekil 6: Olguların Doğum Yöntemini Tavsiye Etmeme Durumu İle Kendi Tercih Etme Durumu 72

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologist

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FIGO: International Federation of Obstetrics and Gynaecology

IVF: In Vitro Fertilizasyon

NHIRD: National Health Insurance Research Database

NIH: National Institutes of Health

NSD: Normal Spontan Doğum

NVSS: National Vital Statistics System

SAT: Son Adet Tarihi

SCA: Section Cesarean Abdominale

SSVD: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VKV: Vehbi Koç Vakfı

ÖZET

Karakuş, Aslı (2007). Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Olan Davranış ve Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Vehbi Koç Vakfı (VKV) Amerikan Hastanesi Kadın Doğum servisinde 30.09.2006- 31.03.2007 tarihleri arasında ilgili kurumdan gerekli izin alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, 30.09.2006- 31.03.2007 tarihleri arasında sezaryen ve normal doğum yapan tüm kadınlar oluşturmuştur. Bu tarihler arasında Amerikan Hastanesi'nde 629'u sezaryen, 137'si normal doğum olmak üzere toplam 766 doğum gerçekleşmiştir. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmayı kabul eden 600 kadın çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada veriler; hastaların doğum sonrası üçüncü gün, sosyo-demografik ve obstetrik özellikler soru formu, normal ve sezaryen doğum hakkında 16 tane hazırlanmış ifade içeren "Doğum Yöntemlerine İlişkin Görüşler" formu ile toplanmıştır.

Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler soru formu, 5 tanesi açık uçlu soru, 5 tanesi evet/ hayır şeklinde olup toplam 27 sorudan oluşmuştur.

Doğum yöntemlerine ilişkin görüşler formu, kadınlar tarafından 1: Kesinlikle katılıyorum, 2: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılmıyorum şeklinde puanlanarak doldurulmuştur.

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (for Windows 11,5) programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, demografik özellikler açısından sezaryen ve normal doğum yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Normal doğumlara göre sezaryen olan olguların yaş ortalaması daha yüksek, epidural anestezi oranı yüksek bulunmuştur. Kadınların yüzde 28,1'i kendi istekleri ile sezaryen olmuş, yüzde 71,8'i etrafındaki insanlara sezaryeni tavsiye etmişler, yüzde 82,3'ü tekrar doğum yaparlarsa sezaryeni tercih edeceklerdir.

Normal doğumu destekleyen ifadelere katılımın yüksek olduğu, sezaryenin anormal gebelikler için uygun bir prosedür olduğunu kabul etmelerine rağmen daha kolay ve ağrısız olduğunu, doğum öncesi eğitimin önemine inandıkları ve bu eğitimi ebe/hemşireden almak istediklerini belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Davranış, Doğum, Görüşler, Sezaryen Operasyonu, Tutumlar

ABSTRACT

Karakuş, Aslı (2007). Identifying the women with prior normal or caesarean delivery and their perceptions and behaviors toward delivery methods. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing. Master thesis. İstanbul.

This study is aimed at identifying the perceptions and opinions of the women toward delivery methods based on their prior delivery experience.

The study is conducted at Vehbi Koç Foundation American Hospital in delivery department between the dates of 30.09.2006- 31.03.2007 with the permission of hospital administration. The women who had delivery in American Hospital within this period constitute the population of this study. Out of a total number of 766 deliveries including 629 caesarian and 137 normal sessions/deliveries within the same period, 600 women those who admitted to participate in this study were selected.

The data are comprised of the answers provided as response to the questions related to third day after the delivery, socio-demographic characteristics, and obstetric features as well as to 16 statements about normal and caesarian delivery in "Opinions about the delivery methods" form.

Socio demographic and obstetric characteristics question forms include a total of 27 questions.

Opinions about the delivery methods form, on the other hand, includes 16 different statements about normal and delivery which ask about the agreement/disagreement of the respondents based on a five point scale.(1-Completely agree 2-Agree 3-Don't Know 4-disagree 5- completely disagree).

SPSS (for Windows 11,5) has been used to analyze the information collected in the course of this study.

Analysis of the data indicates that there is no significant difference between the women who had caesarean and normal delivery as regard to their socio-demographic characteristics. The older subjects are more likely to prefer caesarian and epidural anaesthesia. Whereas 28,1 percent of the women personally chose caesarean, 71,8 percent suggested caesarean to others and 82,3 percent stated that they would prefer caesarean again.

Although the women are mostly in agreement with the statements in favor of normal delivery and consider caesarean as more suitable for complicated situations, they also perceive caesarean as less painful and easy. The subjects also believe in the importance of prenatal education and prefer to be instructed by a nurse.

Key Words: Behaviors, Caesarean Operation, Delivery, Opinions, Perceptions,

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sezaryen doğum (SCA), karın ön duvarına ve uterusa yapılan insizyonlarla fetusun doğurtulması işlemi olup cerrahi bir girişimdir (Scott ve ark. 1997 p 105; Cunningham FG ve ark. 2001 p 310; Berkman S 2004 p 47; Günalp ve Tuncer 2004 p 157). Normal spontan doğum (NSD) ise serviksin yeterli genişliğe ulaştıktan sonra bebeğin önde gelen kısmı ile (baş ya da makat) doğum kanalından geçerek dışarı çıkmasıdır. (Scott ve ark. 1997 p 105; Cunningham FG ve ark. 2001 p 310; Berkman S 2004 p 47; Günalp ve Tuncer 2004 p 157).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003) raporuna göre Türkiye'de araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin % 21'inin sezaryen ile dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu oran, 1998'den (%14) bu yana sezaryenle yapılan doğumlarda % 7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Daha ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitimli kadınlar arasında doğumların sezaryenle yapılması daha yaygındır.

İstanbul Özel VKV Amerikan Hastanesi'nde, hastanenin tıbbi kayıt bölümünden alınan verilerine göre 01.01.2004 – 31.12.2004 normal doğum toplamı 337, sezaryen doğum toplamı ise 1122 olup %76,9'u sezaryan ile doğum, % 23'ü ise normal doğumdur. 01.01.2005 – 31.12.2005 normal doğum toplamı 250, sezaryen doğum toplamı ise 1218 olup % 82,9'u sezaryen ile doğum, %17'si ise normal doğumdur. (Personel Hasta ve Yatak Muvazene Formu, 2004)

Sezaryen ile doğum yapma oranları dünyada da artış göstermektedir. 2000 de Güney Kore'de %37,7, İtalya da % 33,2 (Lee ve ark 2004), 2001 de İngiltere ve Kanada da % 19, İskoçya da %20, Amerika da %22, bazı Avrupa ülkelerinde %12–14 (Kıran ve Jayawickrama 2002), Güney Kore de %39,6 (Lee ve ark 2004), 2003 de Amerika da %26,1 ve Avustralya da %23,3'tür (Walker ve ark 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre önerilen sezaryen oranı %15'tir (Anderson GM 2004; Terhaar M 2005; Hopkins ve Amaral 2006; Wang ve ark. 2006). Gerçek sezaryen endikasyonları dışında dünyada ve Türkiye'de sezaryen oranlarındaki artış nedenleri olarak, çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artışı, fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış, doktorların yanlış tıbbi uygulamalar sonucunda dava edilebilme korkusu, gebelerin doğum

konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi, böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları gösterilmektedir (Scott ve ark. 1997 p 563; Cunningham FG ve ark. 2001 p 539; Kiran ve Jayawickrama 2002; Berkman S 2004 p 64; Franzcog ve ark 2004; Günalp ve Tuncer 2004 p 168; Lin ve ark 2004; Walker ve ark 2004). Ayrıca sezaryenin bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancı sezaryen tercihinde etkilidir (Gamble ve Creedy 2001, Dodd ve ark 2004). Doktorlar ise sezaryeni daha kazançlı olması, doğumun daha kısa sürede gerçekleşmesi, doğumda risk almak istemedikleri için tercih ettiği bildirilmektedir (Hopkins K 2000)

Avustralya da artan sezaryen oranlarının nedenlerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada insanlar sezaryenin, doğum için kolay yol olduğunu, ayrıca medyanın sezaryenin normal doğuma göre daha iyi bir seçenek olduğu yönünde desteklediğini düşünmektedirler (Kiran ve Jayawickrama 2002; Walker ve ark 2004)

Normal doğumlarla karşılaştırıldığında sezaryen doğuma bağlı maternal morbidite ve mortalite oranlarının 4–7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda kanama, enfeksiyon, tromboembolitik durumlar, komşu organ yaralanmaları ve anesteziye bağlı komplikasyonlar en sık belirtilen sorunlardır. (Allen ve ark 2003; Scott ve ark. 1997 p 565; Cunningham FG ve ark. 2001 p 545)

Bu çalışma, İstanbul VKV Amerikan Hastanesi'nde sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine karşı davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM YÖNTEMLERİ

2.1.1 Normal Doğum Eylemi

İnsanlarda gebeliğin süresi, döllenmeden itibaren 266 gün veya düzenli adet gören ve 28 günlük sikluslu kadınlarda, son âdetin ilk gününden (son adet tarihi- SAT) hesaplandığında 280 gün veya 40 haftadır (Scott ve ark. 1997 p 105).

Doğum eylemi, düzenli gelip giden, rahatsız edici-sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik süreçtir. Serviksin bu incelmesi ve genişlemesi, fetusun uterustan, doğum kanalı yolundan geçerek doğmasına izin verir (Scott ve ark. 1997 p 105; Günalp ve Tuncer 2004 p 150).

Gerçek doğum eyleminin kontraksiyonları: düzenli aralıklarla olur, aralıklar giderek kısalır, yoğunluk giderek artar, rahatsızlık sırt ve karındadır, serviks dilate olur, rahatsızlık sedasyonla durdurulmaz (Scott ve ark. 1997 p 105; Cunningham FG ve ark. 2001 p 310; Berkman S 2004 p 47; Günalp ve Tuncer 2004 p 157).

Yalancı doğumun kontraksiyonları: düzensiz aralıklarla olur, aralar uzundur, yoğunluk değişmez, rahatsızlık alt karındadır, serviks dilate olmaz, rahatsızlık sedasyonla geçer (Scott ve ark. 1997 p 105; Cunningham FG ve ark. 2001 p 310; Berkman S 2004 p 47; Günalp ve Tuncer 2004 p 157).

Normal fetal duruş fleksiyon pozisyonudur. Doğumların %96'sında prezentasyon vertekstir. Prezantasyonların %90'ı occiput anterior ve transvers %10'u ise occiput posterior pozisyondadır. Occiput transvers'lerin 2/3'ü sol, 1/3'ü ise sağ tarafta yerleşir. Termde %99 longitidünal duruş söz konusudur (Günalp ve Tuncer 2004 p 150).

Doğum Eyleminin Evreleri

1.evre: Ağrı başlamasından tam dilatasyona kadar geçen süre

2.evre: Tam dilatasyondan fetüsün çıkışının tamamlanmasına kadar geçen süre

3.evre: Plasentanın ayrılması ve atılması

4.evre: Doğumu izleyen birinci saat postpartum kanama açısından kritik dönem (Scott ve ark. 1997 p 115; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 155).

2.1.1.1 Spontan Vajinal Doğum

Doğum Eylemi Sırasında Başın Yaptığı Kardinal Hareketler

ANGAJMAN: Başın en geniş transvers çapı ile (biparietal çap) pelvik girime oturmasıdır. Primiparlarda 38. haftada, multiparlarda ise hemen doğum öncesinde olur. Angajman tamamlandığında prezante olan kısmın en uç noktası 0 seviyesindedir. (Spina ischiadica hattı). Angajman olmadığında 'yüksekte düz duruş' dan bahsedilebilir (Scott ve ark. 1997 pp. 115-117; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 159).

DESENSUS: Başın doğum kanalında aşağı doğru ilerlemesidir. Primigravid hastada ikinci evrenin başına kadar gecikebilir. Multigravid hastada ise angajmanla birlikte olur (Scott ve ark. 1997 pp. 115-117; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 159).

FLEKSİON: Başın inişi ile beraber çenenin göğüse doğru eğilmesi ile karakterizedir. Çocuk başı pelvik tabanın direnci ile karşılaşınca oluşur. Bu şekilde oksipito-frontal çap (12 cm) suboksipito-bregmatik çapa (9,5 cm) dönüşür (Scott ve ark. 1997 pp. 115-117; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 159).

İNTERNAL (İÇ) ROTASYON: Başın occiput kısmının normalde durduğu transvers pozisyondan simfizis pubise doğru anteriora 90°'lik bir dönüş yapmasıdır. Bu hareket oksiputun öne, simfizis pubis'in altına gelmesiyle biter. Pelvis çıkımının ön-arka çapının transvers çapından büyük olması nedeniyle bu hareket zorunludur. İç rotasyon gerçekleşmezse "derinde transvers arresf' den bahsedilir (Scott ve ark. 1997 pp. 115-117; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 159).

EKSTANSİYON: İç rotasyon hareketi bitince baş vulvaya ulaşmıştır. Fleksiyonda olan baş doğum için ekstansiyon hareketine başlar. Ve bu aşamada hasta doğum için masaya alınır. Kontrollü bir ekstansiyon için şekilde gösterilen Ritgen manevrası uygulanır (Scott ve

ark. 1997 pp. 115-117; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 159).

EKSTERNAL (DIŞ) ROTASYON: Doğumunu tamamlamış baş yaptığı internal rotasyon hareketinin tersini yaparak çocuk gövdesi ile aynı hizaya gelir. Bu sırada omuzlar çıkımın ön-arka çapına yerleşmiştir (Scott ve ark. 1997 pp. 115-117; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 159).

KORDUN KLAMPE EDİLMESİ: Umblikal kord fetal abdomenden 4–5 cm uzaklıkta yerleştirilen iki klemp arasında kesilir ve daha sonra bir umblikal kord klempi fetal abdomenden 2–3 cm uzağa uygulanır (Scott ve ark. 1997 pp. 115-117; Cunningham FG ve ark. 2001 pp. 313-322; Berkman S 2004 pp. 48-49; Günalp ve Tuncer 2004 p 159).

Plasental Ayrılma Belirtileri

Plasenta ayrılmadan önce ayırma çabalan nafile ve hatta tehlikeli olacağından, en önemlisi aşağıdaki plasental ayrılma belirtilerinin tanınmasıdır.

- Uterus küresel ve kural olarak daha sert bir hale gelir. Bu bulgu en erken beliren bulgudur.
- Ani bir kan fışkırması vardır.
- Uterus abdomende yükselir çünkü plasenta ayrılınca aşağı uterin segment ve vajinaya doğru ilerler ve ayrılan plasentanın hacmi uterusu yukarı iter.
- Umblikal kord, vajinanın dışına doğru çıkıntı yapar ve plasentanın indiğine işaret eder.

Bu bulgular bazen infantın doğumundan sonra 1 dakika içinde ve genellikle 5 dakikada belirir. Plasenta ayrıldığı zaman, uterusun sertçe kontrakte olduğu belirlenmelidir. Kendiliğinden çıkmayan plasenta manuel olarak çıkarılabilir. Plasenta ve eklerinin tam olup olmadığı değerlendirilmelidir (Scott ve ark. 1997 p 125; Cunningham FG ve ark. 2001 p 321; Berkman S 2004 p 49; Günalp ve Tuncer 2004 p 165).

2.1.2. Sezaryen Doğum

Section Cesarean Abdominale (SCA), yaşayabilen bir fetusun, bir abdominal kesit (laparotomi) ve bir uterus kesitinden (histerotomi) doğurtulmasıdır (Villar ve ark. 2006; Scott ve ark. 1997 p 563; Cunningham FG ve ark. 2001 p 538; Berkman S 2004 p 64; Günalp ve Tuncer 2004 p 167).

Bir hastada ilk defa yapılan SCA primer SCA olarak, bunu izleyenler ise mükerrer SCA olarak adlandırılır. Doğum başlamadan önce kesin bir endikasyon olmadan yapılan SCA elektif SCA denir (Günalp ve Tuncer 2004 p 167).

SCA, obstetrik ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir, çünkü gerek anne gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri vardır. Buna karşılık, uygulamadaki spesifik endikasyonlarda önemli değişiklikler olmuştur. Önceleri amaç, engellenmiş eylemdeki annenin kurtarılmasıyken, giderek, fetusun fazla belirgin olmayan bazı tehlikelerden kurtarılmasını da kapsamına almıştır. Bu değişimden sorumlu olan önemli faktörler, girişim ve anestezi tekniklerinin yanı sıra antibiyotiklerin ve kan ürünlerinin geliştirilmesidir. Buna karşılık, SCA nın yükselen oranları, doktorları ve toplumu ürkütmektedir (Scott ve ark. 1997 p 563)

Dünyada SCA oranı giderek yükselmeye devam etmektedir (Gamble ve Creedy 2000; Kiran ve Jayawickrama 2002; Terhaar M 2005; Villar ve ark. 2006). The National Center for Health Statistics and the Centers for Disease Control and Prevention raporuna göre SCA oranı 1970'de %5,5, ilk doğumu SCA olma oranı %4,2'dir. Bu oran yükselerek 1993'te %22,8, ilk doğumu SCA olma oranı 6,3'tür ve 2003'te bu oran %26'ya yükselmiştir. Bunun anlamı her 20 doğumda oran 1 iken, şu anda her 4 doğumdan 1'i SCA dır. Sonuç olarak, Amerika'da SCA en sık cerrahi prosedürler içermektedir (Terhaar M 2005). Bu oran Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile karşılaştırıldığında DSÖ'nün amacı % 10-15'tir (Anderson GM 2004; Terhaar M 2005; Hopkins ve Amaral 2006; Wang ve ark. 2006).

The Health People 2000'nin toplam SCA doğum oranını %15'e düşürme yönündeki hedefi (Flamm ve ark 1998; Leeman L ve Leeman R 2003), bu durumun, SCA sonrası vajinal doğumlarda (SSVD) ve operatif vajinal doğumlarda güvensiz/tehlikeli bir artışa yol açacağı gerekçesiyle eleştirilmiştir (Leeman L ve Leeman R 2003).

İngiltere ve Galler de rapor edilen SCA oranlarına göre 1995'te %16 iken, 2000 de %21,5 olarak artış göstermiştir(Anderson GM 2004; Terhaar M 2005). 2003 yılı boyunca İngiltere ve Galler bölgesinde SCA' da büyük bir artış olmuş ve 55.000 kadının bu yöntemle doğumu seçmiştir (Shallow H 2004).

İngiltere'de 3025 doğum üzerinde yapılan bir araştırmada %18,8'i SCA ile doğmuş olan doğumların %9,7'si acil prosedür ile %9,1'i elektif olarak gerçekleştirilmiştir (Park ve ark 2005).

Bazı çalışmalara göre SCA oranı bilinenden çok daha fazladır. İngiltere de doktorların %50'si, %21,5 SCA oranının çok yüksek olduğunu düşünmekle beraber, doktorların %21'i, bu oranı endişe verici bulmamaktadır (Terhaar M 2005).

Kanada da SCA oranı 1994'te %17,8 iken, 1997 de artarak %19,1, İskoçya da %20 olmuştur (Kiran ve Jayawickrama 2002; Terhaar M 2005). Kuzey İrlanda da %20 nin üzerindedir (Anderson GM 2004). 19 Latin Amerika ülkesinde bu oran %16,8 den %40 arasında ve 12 şehrin oranı ise %15 ten fazladır. Bu sonuçlara göre, Latin Amerika da her yıl 850,000 gereksiz SCA gerçekleşmiştir (Terhaar M 2005). Latin Amerika bölgesinde muhtemelen en yüksek SCA oranı tüm doğumların %25–30 u dur (Althabe ve ark 2004). Yine Latin Amerika da, 24 coğrafik bölge ve 8 şehri kapsayan, 3 ay süre ile 120 kurumdan 97.095 verinin SCA ortalaması %33 tür. Bunların %51 ile en yüksek oran özel hastanede yapılmıştır (Villar ve ark 2006).

Avustralya'da her 5 kadından biri SCA yapmıştır. Tekrarlanan SCA, SCA için başlıca obstetrik göstergesidir ve Güney Avustralya da tüm SCA oranının %28'ine katkıda bulunmaktadır (Dodd ve ark 2004). Her yıl Avustralya da 60.000 den fazla SCA ile doğum gerçekleşmektedir (Franzcog ve ark 2004).

Batı Avustralya da 1999 da, ilk doğumunu SCA ile tecrübe eden %76 kadın, ikinci doğumunda elektif SCA olduğu kayıt edilmiştir. Geriye kalan %24 kadının üçte birinden azı vajinal doğumu seçmiştir (Fenwick ve ark 2003).

1990 da %17 ye, 2000de %23 e çıkan Avusturya' da ki SCA doğum oranı, son zamanlarda %35 e kadar artış göstermiştir (Walker ve ark 2004).

Tayvan da SCA yüzdesi tüm doğumların %32,74 üne ulaşmıştır (Wang ve ark 2006).

İtalya da 1980 de %11,2, 1991 de %22,4 ve1996 da %27,9 olarak artış göstermiştir. Yükselen eğilim artmaya devam etmektedir. Son verilere göre 2000 yılındaki oran %33,2 dir (Donati ve ark 2003).

Brezilya %36–37 oranı ile yüksek SCA oranına sahip ülkelerden biridir (Hopkins K 2000; Hopkins ve Amaral 2006). Bu oran, devlet hastanelerinde %20–30 iken, özel hastanelerde %70 dir. Özel doktorlar, bu "Brezilya'daki SCA Salgınlığı" (epidemic of cesarean sections in Brazil), SCA ameliyatlarının programlı olması yönünden yarar sağlamaktadır. Kadınların uzun doğum sürecine hazır bulunmadığından beri, doktorlar, özel ve profesyonel yaşamlarının daha az bozulmasını ve daha çok hastaya bakmayı sağlamaktadır (Hopkins ve Amaral 2006).

Kore de gerçekleşen tüm doğumların %38 den fazlası SCA ile olmuştur (Park ve ark 2005).

Güney Kore de de bu SCA hastalığı tecrübe edilmiştir. The National Fertility and Family Health Survey rehberliğine göre, yurt çapında temsil edilen Güney Korelilerin örneklemine göre, SCA oranı, 2000 yılında tüm doğumların SCA ile doğma oranı %37,7'dir. Bu oran 1982 de %4,4 ile karşılaştırılırsa şu ana kadar 9 kat artmıştır. The National Health Insurance Cooperation of South Korea hazırladığı rapora göre, 2001 yılında 538, 783 gebeden 213, 217 (%39,6) SCA olmuştur (Lee ve ark 2004).

National Vital Statistics System (NVSS) Porto Riko ve Amerika da doğum metodlarını (SSVD, vajinal, ilk SCA ya da tekrarlanan SCA) verilerini kayıt etmiştir. Bu verilere göre 2002 boyunca 50,553 Porto Rikolu kadın Porto Riko da doğum yapmıştır. 1992 den (%31,4) 1996 ya (%31,7) yıllık SCA ile doğum oranı Porto Riko da sabit durmuş, 1996 dan (%42) 2002 ye (%45) artış göstermiştir. İlk SCA ile doğum oranı 1992 den (%21,3) 1996 ya (%22,1) artış % 4 iken, 1996 dan 2002 ye (%33,5) artış % 52 olmuştur. SSVD oranı Porto Riko da % 8,1 ile sabit dururken, 1992–1996 boyunca %56 azalarak 1996 dan 2002 ye (%3,6) olmuştur (CDC 2006).

Toplam SCA oranı kadınlar bir, iki, üç ya da daha çok canlı doğum için artış göstermiştir. Porto Riko da en büyük artış (%62) üç ya da daha çok canlı doğumlar içindir. Fakat en yüksek SCA oranı kadınların ikinci çocuklarının doğumlarında gerçekleşmiştir.

Amerika da en çok artış gösteren (%24) ikinci çocuklarında olup bu kadınların SCA ile doğumların en yüksek oranına sahiptir. (%27,2) (CDC 2006).

Toplam SCA oranı hem Amerika ve Porto Riko da eğitim ile artış göstermiştir. 2002 yılında, Porto Rikolu kadınların 16 yıl ve daha fazla eğitim oranı Porto Riko da %51,4 ve Amerika da %34,9 dur. 8 yıl ve daha az eğitim oranı Porto Riko da 1992 den (%18,2) 2002 ye (%36,4) %26 artış göstermiştir (CDC 2006).

Amerika da (Kolombiya bölgesinde ve 50 eyalette) toplam SCA ve ilk SCA oranı her 100 doğumda 1992 den 1996 ya azalmış, 1996 dan 2002 ye artmıştır (CDC 2006).

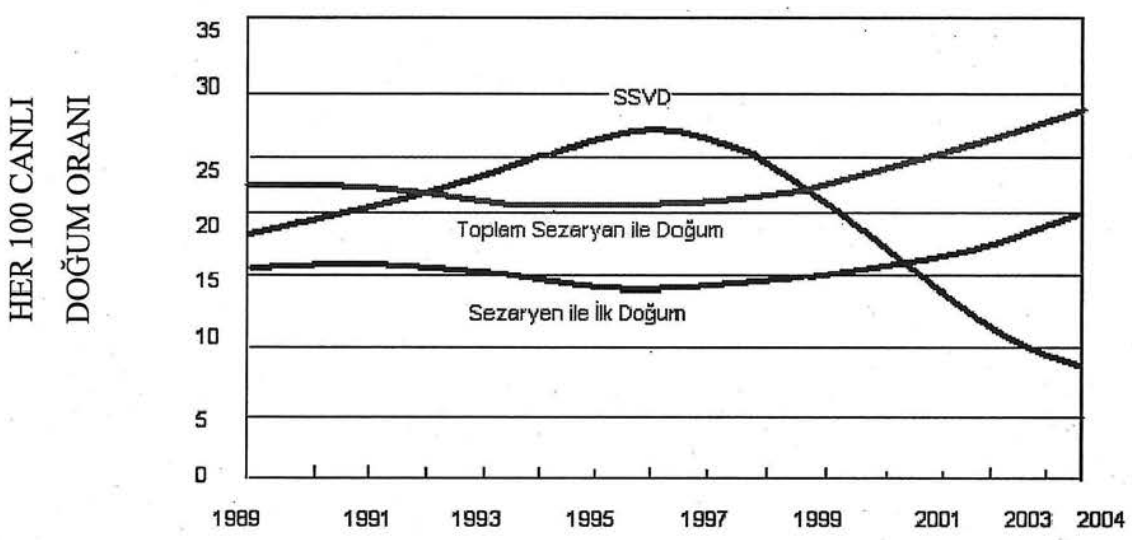
Amerika da 1970 de SCA oranı %4,5 iken 1988 de en yüksek noktaya ulaşarak %24,7 olmuştur. 1989 dan 1996 ya kadar düştükten sonra, SCA oranı 1997 de %20,8 den 2001 de %24,4'e yükselmiştir. Amerika da ki perinatal istatistiklere göre, SCA oranındaki artışlar ile aynı periyod boyunca neonatal mortalite ve morbidite oranının azalmadığı görülmüştür (Leeman L ve Leeman R 2003).

2002 yılında Amerika da tüm doğumların dörtte birinden fazlası SCA ile olmuştur. (%26,1) ilk SCA oranı %7 den %18 e artış göstermiş ve SCA sonrası vajinal doğum oranı (SSVD) %23 den %12,7 ye düşüş göstermiştir (Hamilton ve ark 2003). Her 100 kadından 12,7 si önceden SCA olmuştur (Eden ve ark 2004).

2004 yılında Amerika da tüm doğumların % 29,1 ile en yüksek SCA oranı rapor edilmiştir. 2003 e göre ilk SCA oranı % 8 artmış ve SSVD oranı %13 azalmıştır (Hamilton ve ark 2005).

Amerika 1989–2004 toplam, SCA ile ilk doğum oranı ve SSVD oranı şekil 1 de gösterilmiştir. 1980 ve 1970 ler de Amerika da SCA oranı hızla arttıktan sonra, 1980 lerden 1996 ya doğru azalma gösterdikten sonra artış yeniden başlamıştır. 2004 te SCA oranı %29,1 ile en yüksek oran rapor edilmiştir. Birinci SCA doğumun artmasından sonra tüm SCA oranının yükselmesindeki büyük etkilerden biri, sonraki gebeliklerdeki SCA oranının artmasıdır. Artan ilk SCA oranına paralel olarak ve SSVD kullanımının azalması ile toplam SCA oranı da artmaktadır (NIH State-of-the-Science Conference 2006).

Şekil 1: Toplam ve SCA ile ilk doğum oranı ve SSVD: Amerika 1989–2004



National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement. (2006). Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol*, 107(6), 1386–1397.

The American College of Obstetricians and Gynecologist'in (ACOG) 2000 SCA doğum hızları üzerinde çalışan özel hizmet birimi Amerika'ya yönelik olarak 2010 yılı için iki ölçüt belirlemiştir:

1 Tek ve sefalik prezantasyonu olan 37 hafta veya üzerindeki nulliparlarda yüzde 15,5 SCA doğum hızı.

2. Tek ve sefalik prezantasyonu olan ve daha önce alt-transvers SCA doğum yapmış 37 hafta veya üzerindeki kadınlarda yüzde 37 SSVD hızı (Cunningham ve ark 2001 p 539).

The Health People 2010 da amaçlanan, miadında ile düşük riskli kadınlarda, tek çocuk vertex duruşunda, ilk SCA oranını % 15 e düşürmektir (Leeman L ve Leeman R 2003).

Türkiye'de ki SCA durumuna bakılacak olursa, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003) raporuna göre Türkiye'de araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21'inin SCA ile dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu oran, 1998'den (%14) bu yana SCA da %7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Daha ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitimli kadınlar arasında doğumların SCA yapılması daha yaygındır.

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1 Haziran 1994 ile 1 Haziran 2004 yılları arasındaki 10 yıllık sürede gerçekleşen toplam 13431 doğumdan, 660 ölü doğum olgusu retrospektif olarak incelenmiş. Ölü doğum yapan 660 olgu grup 1, canlı doğum yapan ve randomize seçilen 660 olgu grup 2 olarak kabul edilmiş. SCA oranı grup 1'de %25,7, grup 2'de %46,21 olarak bulunmuş. Grup 1 olgularının %25.75'inin doğumunun SCA ile gerçekleştiği ve en sık SCA endikasyonunun dekolman plasenta (%12,9) olduğu saptanmıştır (Kale ve ark 2005).

İstanbul Özel VKV Amerikan Hastanesi'nde, hastanenin tıbbi kayıt bölümünden alınan verilerine göre 01.01.2004 – 31.12.2004 normal doğum toplamı 337, SCA doğum toplamı ise 1122 olup %76,9'u SCA ile doğum, %23'ü ise normal doğumdur. 01.01.2005 – 31.12.2005 normal doğum toplamı 250, SCA doğum toplamı ise 1218 olup %82,9'u SCA ile doğum, %17'si ise normal doğumdur (Personel Hasta ve Yatak Muvazene Formu 2004)

2.1.2.1. Endikasyonlar

Doğum eylemi, anne veya fetus için tehlikeli kabul edildiğinde, doğumun gerekli olduğu, fakat eylemin uyarılamadığı hallerde, distosi veya fetal özelliklerin belirgin risk oluşturduğu ve vajinal doğum için kontrendike oldukları durumlarda ve acil bir durumun süratli doğumu gerektirdiği, fakat vajinal yolun imkansız veya elverişsiz olduğu hallerde, SCA operasyonu endikedir (Scott ve ark 1997 p 563).

SCA ların çoğunluğu, fetal endikasyonlarla uygulanmaktadır; birkaçı sadece maternal nedenlerle, diğer bazıları da hem fetusu hem anneyi gözeterek yapılmaktadır (Scott ve ark 1997 p 564).

Mükerrer SCA doğumlar ve doğum eylemi distosisi nedeniyle gerçekleştirilenler ABD'de ve diğer batılı sanayileşmiş ülkelerde en önde gelen endikasyonlardır. SCA doğum için mümkün olan tüm uygun endikasyonlar geniş olarak sıralamak mümkün olmasa da, yüzde 85'den fazlası şu üç nedenle gerçekleştirilmektedir (Cunningham ve ark 2001 p 540)

1. Daha önceki SCA
2. Doğum eylemi distosisi.
3. Makat prezentasyonu (Cunningham ve ark 2001 p 540)

Washington da 2000 de canlı doğum yapan 4541 kadının %11 i mükerrer SCA olmuştur. Mükerrer SCA doğuma giren kadınların 493 ünde 'elektif' ve 'maternal tercih' en sıklıktaki endikasyonlardan olduğu görülmektedir. Vajinal doğum sonrası SCA doğumlu kadınların çoğunda ilerleyen süreç yetersiz kalmıştır. Fetal endikasyonlar daha az sıklıktadır. Ters doğum, vakum başarısızlığı, plasentanın erken ayrılması, maternal komplikasyonlar ve forseps yetersizliğinin tümü %5 in altındadır. Sancılı ve sancısız kadınlar arasında, kadınların postoperatif komplikasyonları anlamlı bir şekilde değişmemiştir. Kadınların sancı durumunu gözetmeksizin, tekrarlayan SCA'lı kadınların yaklaşık %10'unda neden SCA doğum gerçekleştirildiğine dair kayıtlı bir endikasyon görülmemiştir (Lydon-Rochelle ve ark 2006).

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van/ Türkiye Ocak 1995 - Haziran 2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olan 1128 SCA operasyonun kayıtları incelenmiş. SCA endikasyonlarının dağılımı ise; fetal distres 275 (%24.37), eski SCA 236 (%20.92), ilerlemeyen eylem 187 (%16.57), elektif 137 (%12.14), makat prezentasyon 128 (%11.34), ablasyo plasenta veya plasenta previa 99 (%8.77) ve diğer (transvers duruş, kordon sarkması) 66 (%5.85) olarak saptanmış (Zeteroğlu ve ark 2003).

Gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri ve prekanseröz öncü lezyonları en önde gelen jinekolojik kanser türüdür. Tedavinin şekli gebelik haftasına ve hastalığın ağırlığına göre değişir. Gebelik hastalığın prognozunu değiştirmez. Yaşama kapasitesini kazanmış fetuslara SCA yapılmalıdır (Akşit ve ark 2002).

Anormal Eylem

Doğum eylemi ve vajinal doğumun başarılı veya güvenli ilerleyişini engelleyen, uterus, fetus veya doğum kanalına ait mekanik problemlerin tümüne "distosi" adı verilir. Bu terimin çok sayıda değişik sınıflamaları vardır ve doğumun ilerlememesi, sefalopelvik uyumsuzluk (CPD - cephalopelvic disproportion) ve disfonksiyonel eylem gibi çeşitli, sık kullanılan klinik terimleri kapsar (Scott ve ark 1997 p 564).

Amerika da ilk SCA doğum açısından en sık konulan endikasyondur. Bununla birlikte, SCA hızına katkı yapan bir faktör olarak doğum eylemi distosisinin, kendine has heterojen konumundan dolayı, bir analizini yapmak zordur (Cunningham ve ark 2001 p 544).

Fetal Distres

1970'ler de elektronik fetal kalp hızı monitörizasyonunun gelişmesi ile birlikte değişik fetal kalp hızı paternleri ve bunların fetal oksijenizasyon ve asid-baz durumu ile ilişkisi tanımlanmıştır. Bu tip gözlemler "uteroplasental yetersizliğin" hemen göze çarpmayan çeşitli parametrelerinin yaygın olarak tanınması ve zamanında yapılan SCA doğumlarla serebral palsi gibi çocukluk çağı nörolojik bozukluklarından obstetrisyenlerin kaçınmasına olanak sağlanması konularında umutların artmasına yol açmıştır. Anormal bir yenidoğanın tahmininde göreceli olarak zayıf özgüllüğüne, "normal" ve "anormal" yenidoğan asid-baz durumu tanımlamasındaki bilimsel bilgi eksikliğine ve fetal kalp hızı yorumlamasında uzmanlar arasında yaygın uyuşmazlığa rağmen çeşitli hemen göze çarpmayan paternlerin hızla tanınması "fetal distres" teşhisinde ve nörolojik hasarı önlemede sıklıkla bir anahtar olarak görülmüştür (Cunningham ve ark 2001 p 544).

Daha sonra, elektronik monitörizasyona dayanan bir yaklaşımın ne serebral palsi riskini azalttığı ne de aralıklı kalp hızı oskültasyonu ile karşılaştırıldığında yenidoğan sonuçlarının herhangi bir ölçülebilir göstergesinde iyileşmeye sebep olduğu açıkça anlaşılmıştır (Lilford ve ark 1990; Cunningham ve ark 2001 p 544). Schiller ve Nelson (1994) ve Lien ve arkadaşları (1995) SCA doğum ile serebral palsi veya konvülsiyonlar arasında herhangi bir ilişkiyi özellikle çürüten veriler sunmuşlardır (Cunningham ve ark 2001 p 544).

Elektronik "fetal monitoring", fetal distresi saptama olasılıklarını artırır ve A.B.D.'deki SCA doğumları sayısının yükselişine katkıda bulumaktadır (Scott ve ark 1997 p 564).

ACOG (1992) obstetrik bakım ve hizmet veren birimlerin operasyon kararından sonra 30 dakika içinde SCA doğumu başlatabilecek kapasitede ve donanımda olmalarını önermiştir. Bu öneri

birimlere yöneliktir ve klinik karar verme sürecine bir etkisi yoktur. Bu ana hatların yanlış yorumlanması oldukça yaygındır. Ulusal bazda kabul görmüş SCA doğum uygulaması için kabul edilebilir zaman aralığını bir sisteme bağlayan standart bir hizmet yoktur. Çoğu durumda bu 30 dakikalık zaman aralığında operatif doğum gerekli değildir. Doğum eyleminin ilerlememesinde olduğu gibi SCA endikasyonu koyulan çoğu vakada zamanında bir SCA 30 dakikanın üzerinde bir aralığı işgal eder. Bir başka açıdan, fetal durumun akut, endişe verici düzeyde kötüye gitmesi, mümkün olan en kısa sürede SCA endikasyonu doğurur ve kasti olarak herhangi bir zaman dilimine dek ertelemek uygun bir davranış olmayacaktır (Cunningham ve ark 2001 p 544).

Maternal veya Fetal Acil Durumlar

Vajinal doğumun imkansız olduğu veya doğru olmadığı hallerde, belli bazı maternal veya fetal koşullar, fetusun acilen doğurtulmasını gerektirebilir. Bu kapsamdaki koşullar, belirgin plasenta ayrılması, plasenta previa hemorajisi, umbilikal kordonun sarkması, aktif jenital herpes ve anne ölümü tehlikesidir (Scott ve ark 1997 p 564).

Makat Prezentasyonu

1993 te konsensüs konferasından sonra, the International Federation of Obstetrics and Gynaecology (FIGO) gelişmiş ülkelerde makat duruş vakalarında SCA'nın kullanımını tavsiye etmiştir. Vajinal doğumu kesin olarak kullanılamaz denmemektedir, fakat onu gerçekleştirmek için uygun koşullar hazırlanılır (Golfier ve ark 1998).

ACOG (2006) tavsiyesine göre, doğum yönteminin kararı sağlık bakım sağlayıcılarının tecrübelerine bağlı olmalıdır. Birçok doktor tarafından SCA tercih edilecektir. Vajinal makat gelişlerde uzmanlık eksikliği vardır. Vajinal makat geliş planlanmadan önce, kadınlar perinatal ve neonatal mortalite ya da kısa dönem ciddi neonatal morbidite riskleri konusunda bilgilendirilmelidir. Eğer SCA planlanmış ise hastanın bilgilendirilmiş onamı alınmalıdır.

Çoğu klinisyen, vajinal makat doğumlarını terk etmiş ve yerine SCA doğumunu uygulamayı yeğlemiştir. Bu durumda, SCA doğumu ile, başın sıkışmasına ve umbilikal kordon sarkmasına ilişkin intrapartum asfiksi veya doğuma bağlı travmanın potansiyel risklerinden kaçınılmış olur (Scott ve ark 1997 pp. 565).

Sefalik prezentasyonla karşılaştırıldığında makat prezentasyonunda fetus, başın takılması ve kord prolapsusu açılarından artmış risk altındadır. Buna rağmen, prospektif kontrollü çalışmalar uygun seçim ile belli fetusların makat ile prezente oldukları halde vajinal olarak doğurtulabileceğini önermektedirler. Fetal yaralanma ihtimali göz önüne alındığında ve makat prezentasyonunda

fetuslerin doğum eylemi denemesi için gerekli kriterleri sıklıkla doldurmadıktan gerçeğinden hareket edildiğinde, SCA doğum hızında anlamlı bir azalma beklemek pek olası gözükmemektedir (Cunningham ve ark 2001 p 544).

10 Ocak 1991 ve 31 Aralık 1995 tarihleri arasında Lyon hastanesindeki tüm tek term makat doğumlarla retrospektif olarak çalışılan bir araştırmada 1116 makat doğumdan, 702 si elektif SCA ve 414 ü planlan vajinal doğuma girmiştir. Planlı vajinal doğumdan 342 si vajinal doğum yapmış ve 71 i elektif olmayan SCA olmuştur. Vajinal metot planlanan bebeklerin mortalite ve morbidite riski daha yüksek bulunmuştur. Bu grupta iki ölüm olmuştur ve elektif SCA gruptaki hiçbirinde ölüm olmamış ve bütün fetal parametreler daha olduğu görülmüştür. apgar <5 dk de 7, arterial ph<7.15 entübasyon, nörolojik hasarlar, travma, yoğun bakım ünitesine sevk edilmiştir. Planlı vajinal doğum grubunda maternal morbidite daha düşük bulunmuştur ama bu sadece hafif komplikasyonlar için geçerli olduğu görülmüştür. Hafif ve ağır komplikasyonlar her iki grupta bulunmuştur (Golfier ve ark 1998).

26 ülkenin 121 hastanesinde 2088 doğum yapmak üzeri olan, her biri tek sağ fetüs sahibi ya da gestasyonun 37. haftasını ters olarak tamamlayanlardan oluşan bir çalışmada 1043 kadın, gestasyonun >38 ve sonrasında planlanan SCA için ayrılmıştır. 1045 kadın SCA için bir endikasyon belirtisi gelişmedikçe spontan sancılı planlı vajinal doğum için ayrılmış. Ana sonuçlar doğumun 28.gününden önceki perinatal/neonatal mortalite ya da ciddi neonatal morbidite primer sonuç olarak bulunmuştur. Altı hafta postpartum maternal mortalite ya da ciddi maternal morbidite sekonder sonuç olarak bulunmuştur. İki grup arasında maternal mortalite ya da ciddi maternal morbiditede anlamlı farklılık bulunmamıştır. Termde makat prezentasyonlarında, tekiz fetüsün planlı SCA doğumu anlamlı bir biçimde erken perinatal/neonatal mortalite ve 6 hafta maternal mortalite ya da ciddi maternal morbidite artmaksızın ciddi morbiteleri azalttığı görülmüştür (McNiven ve ark 2001)

Teknik ve vajinal doğumdaki tecrübe eksikliği ve örneklem sayısının çok küçük olması, randomize çalışmalarının azlığı sonuçları yetersiz bırakmaktadır (Golfier ve ark 1998).

2.2. DOĞUM KOMPLİKASYONLARI

2.2.1. NORMAL DOĞUM KOMPLİKASYONLARI

Doğumun farklı yöntemlerine dayanan kanıtların zayıf olmasına rağmen, güvenilir veriler, pelvik organ prolapsusu ve doğum arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Bazı vajinal

doğum ile levator kası, bağ doku ve pelvik sinir yaralanması, stres inkontinans ya da pelvik organ prolapsusuna neden olabilir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Stres üriner inkontinans (SÜİ) vajinal doğum yapan grupta SCA ile doğum yapan gruba göre daha fazladır. SÜİ riski müdahaleli vajinal doğumda (forseps v.b kullanımı) artmaktadır (NIH State-of-the-Science Conference 2006; Hannah M 2004). SCA ile doğum yapan grupta ise nullipar gruba göre inkontinans, stres inkontinans ve miks tip inkontinans prevelansı daha fazladır (Rortveit ve ark 2003). Üriner inkontinans multifaktöriyeldir. SÜİ azalması, maternal istekle SCA doğum ile yaşın yüksek olması ve beden kitle indeksin artmasını kapsayan diğer süreçler tarafından kısmen dengelenmesi ile ilişkili olabilir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

İnkontinans, ve miks tip inkontinans prevalansı da vajinal doğum yapan grupta SCA ile doğum yapan gruba göre daha fazladır (Rortveit ve ark 2003; Hannah M 2004).

Urge inkontinans ise SCA ile doğum yapan kadınlarda nullipar ve vajinal doğum yapan kadınlara göre prevelansı daha fazladır. SCA ile doğum yapan kadın, nullipar kadın ile karşılaştırıldığında, her hangi bir inkontinans için olasılık oranı 1,5 tur. Sadece miks tip ve stres inkontinans SCA doğum ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Vajinal doğum ile her hangi bir inkontinans için olasılık oranı SCA ile karşılaştırıldığında 1,7 dir. Sadece stres inkontinans için olasılık oranı doğum metodları ile ilişkili bulunmuştur (Rortveit ve ark 2003).

Planlanan vajinal doğum sırasında, müdahaleli doğumlar ve SCA doğumda, obstetrik travma oranında planlı SCA göre daha yüksek ve anlamlı orana sahiptir. Fakat obstetrik travma riski, örneğin üçüncü ve dördüncü derecede perineal laserasyonlar, doğum yönetimi uygulamalarını azaltmaktadır (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Anal inkontinans riski planlı SCA da, plansız SCA ya da müdahaleli vajinal doğuma göre azalmaktadır. Verilerde anal sfinkter kesilmesi ve fekal inkontinans arasında ilişki olduğunu gösterilmiştir (NIH State-of-the-Science Conference 2006). Orta hatta epizyotomi kullanımı ve forseps kullanımı ile sfinkter kesilmesi ile ilişkilidir. Bu yaralanma sıklığı, sınırlanan bu uygulamalar ile azaltılabilir (NIH State-of-the-Science Conference 2006; Cunningham ve ark 2001 p 545).

Normal doğumdan sonra maternal febril mortalite, transfüzyon, histerektomi riski SCA ile doğumdan sonraya göre daha azdır (Terhaar M 2005).

Normal doğum yapan kadınlar ile SCA doğum sonrası karşılaştırıldığında kadınlar daha fazla yorgunluk, uyku yoksunluğu ve inkontinans şikâyetleri rapor etmişlerdir. Müdahaleli vajinal doğum yapan kadınlar spontan vajinal doğum yapan primiparlardan daha fazla perineal ağrı ve seksüel problemler rapor etmişlerdir (Terhaar M 2005). Seksüel fonksiyondaki herhangi bir farklılıklar, doğumun gidişatına dayalı olarak, post partum 6 aydan uzun kanıt yoktur. Seksüel fonksiyonu etkileyen faktörler olarak, aile rolünün değişmesi, fiziksel iyileşme ya da hastalıkların devam etmesi, ruhsal durum, uyku yoksunluğu sayılmaktadır(NIH State-of-the-Science Conference 2006).

Vajinal ve elektif SCA yapan iki grup arasında SCA ve normal doğum sonrası emzirme değişkenleri, çocuklar ve eşleri arasındaki ilişki, depresyon, menstrual ve seksüel problemler, doğum ile ilgili üzücü hatıralar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Konstipasyon elektif SCA yapan kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. SCA ile doğum sonrasında ektopik gebelik riski spontan abortus kadar iyi derecede artmaktadır (Terhaar M 2005).

2.2.2. SCA KOMPLİKASYONLARI

2.2.2.1. Maternal Komplikasyonları

SCA geçiren kadınlardaki ana riskler; anestezi, puerperal enfeksiyon, şiddetli sepsis, mesane ve üreter yaralanmaları, daha fazla kan kaybı ve tromboembolik olaylardır (Scott ve ark. 1997 p 565; Cunningham FG ve ark. 2001 p 545; Berkman S 2004 p 65; Günalp ve Tuncer 2004 p 169). Hastaların %25-50'sinde bu sayılan komplikasyonlar gelişirken, maternal mortalite 1–2/1000 dir (Cunningham FG ve ark. 2001 p 545; Berkman S 2004 p 65). Her 100,000 doğumda maternal mortalite vajinal doğum için 3,6, tüm SCA lar için 21,8, acil SCA lar için 30, elektif SCA lar için 2,8'dir (Günalp ve Tuncer 2006 p 169).

En sık görülen komplikasyon %20–40 oranında görülen endometrittir ve uzamış travay, çok sayıda vajinal muayene ve erken membran rütürüne maruz kalan hastalarda daha sık meydana gelir. Proflaktik antibiyotik kullanımıyla yarı yarıya azaltılabilir (Berkman S 2004 p 65; Günalp ve Tuncer 2006 p 169).

Üriner sistem enfeksiyonu ise sonda takılanlarda daha sık olmak üzere %2–16 oranında görülür (Berkman S 2004 p 65).

Maternal hipotansiyon ve buna bağlı uteroplasental perfüzyonda azalma supin pozisyonun iyi bilinen olumsuz etkileridir. Kondüksiyon anestezisi alt ekstremitede sempatik sinirler aracılığı ile olan vazokonstriksiyonu bloke ettiği için kardiak outputu azaltır. Bu durumda uterin kan akımının daha fazla azalmasına neden olabilir. Özellikle spinal anestezide hipotansiyon insidansı yüksektir. Epidural anestezinin majör dezavantajı ise operatif anestezinin başlaması için zaman gerekliliğidir; bu nedenle de çoğu acil durumda kolay uygulanamaz. Genel anestezi hızlı başlar, indüksiyon anestezisi süresince azalmış uteroplasental perfüzyon söz konusudur. Genel anestezinin en önemli komplikasyonlarından biri gastrik muhtevanın aspirasyonu ile gelişen aspirasyon pnomonisi (Mendelson's sendromu) dir. Operasyondan önce tek başına veya H2 reseptör blokerleri ile birlikte partiküllü olmayan antiasitlerin kullanılması bu komplikasyonun azaltılmasında önemlidir (Günalp ve Tuncer 2006 p 170).

İnfeksiyon oranı tüm vajinal doğumlar için tüm SCA doğumlara göre daha düşüktür. Planlı SCA plansız SCA ya göre daha düşük infeksiyon oranına sahiptir fakat infeksiyon oranı vajinal doğumdan daha yüksek orandadır (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Yara enfeksiyonu da %2–15 oranında, daha çok acil koşullarda SCA yapılan hastalarda görülür (Berkman S 2004 p 65).

SCA'da ortalama kan kaybı 1000 cc'dir. SCA, uzun iyileşme zamanı ve laserasyon ve kanama gibi ameliyat komplikasyonlarında bu oran, elektif SCA da %6, acil SCA' da %15 içermektedir (Hannah M 2004)

Bir kez SCA ile doğum yapanların uterustaki skar yerinde rüptür riskini artırdığı gerekçesiyle daha sonraki gebeliklerinde de SCA ile doğurtulmaları alışkanlığı yaygındır. Oysa son zamanlarda yapılan klinik uygulamalar, eski SCA ların %60-80'inin vajinal doğum yapabileceğini ortaya koymuştur. Burada önemli olan daha önce geçirilmiş olan SCA operasyonunun şeklidir. Uterusa yapılan klasik vertikal insizyon rüptür olasılığını artırdığı için (%4–7) vajinal doğum denenmemelidir (Berkman S 2004 p 65; Günalp ve Tuncer 2004 p 170). Oysa en sık kullanılan alt segment transvers insizyonlu (Kerr ıısizyonu) gebelerde vaginal doğumun sakıncası çok azdır, bunlarda rüptür riski %1-2'dir. SCA operasyonu geçiren kadınların daha sonraki gebeliklerinde plasenta previa ve akreta riski artmıştır. Geçirilen SCA sayısı arttıkça bu iki komplikasyonun ortaya çıkma olasılığı da artmıştır. Plasenta previa saptanan bir eski SCA' nın da aynı zamanda akreta olma olasılığı en az %25'dir. Bu durum en az %50 olasılıkla histerektomiyle sonuçlanır ve kadının fertilitesi sona erer (Berkman S 2004 p 65).

SCA doğumun uzun dönem maternal komplikasyonları şunlardır:

1. Uterustaki yaranın gecikmiş nekrozundan kaynaklanan hemorajiler,

2. İntraabdominal adezyonlara bağlı barsak obstrüksüyonları,

3. Uterus insizyonlarında endometriozis veya plasenta akreata gelişmesi,

4. Sonraki gebeliklerde SCA doğum yapılması gerekliliğidir (Scott ve ark 1997 p 565; Günalp ve Tuncer 2006 p 170)

The Ethics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada hazırladığı rapora göre SCA, sonraki gebeliklerde başlıca kanama risklerini arttırmaktadır. Plasenta previa için her 1000 canlı doğumdan 5,2 ve plasenta ayrılması her 1000 canlı doğumdan 11,5 dir (Hannah M 2004).

Diğer bir araştırmaya göre vajinal yoldan doğum yapan kadınlar SCA doğum yapanlar ile karşılaştırıldığında plasentanın ayrılma riskini her 1000 doğumda 13,7 arttırmaktadır. Her 1000 doğumda 6,9 plasenta previa riski vardır. Ayrıca plasenta akreta olma riskini de düşündürmektedir. SCA oranının artmasına eşlik eden plasenta akreta insidansı da yükselmekte ve önceki SCA insizyon bölgesinin üzerine implantasyonu ile akretanın bulunmasını düşündürmektedir (Terhaar M 2005).

Elektif SCA'lar febril morbidite transfüzyon ve histerektomi riskini arttırmaktadır, fakat tamamen uterus rüptürü ve perinatal ölümden korumamaktadır. Veriler göstermiştir ki, SCA ile doğum kadınlarda plasenta previa, plasenta akreta, plasenta ayrılma riskini sonraki gebeliklerde anlamlı olarak arttırmaktadır (Franzcog ve ark 2004; NIH State-of-the-Science Conference 2006).

1988 ve 2000 yılları arasında önceki doğumunu SCA ile yapan 308,755 Kanadalı kadın üzerinde retrospektrif kohort çalışması yapılmıştır. Uterus rüptürü (%0.65), transfüzyon (%0,19) ve histerektomi (%0,10) anlamlı derecede doğumu deneyen grupta yüksektir. Hastanede anne ölüm oranı vajinal doğum yapan grupta (100,000 da 1,6) elektif SCA grubuna göre (100,000 da 5,6) daha düşüktür (Wen ve ark 2004).

İlk çocuğunu SCA ile doğurmuş kadınlarda düşük yapma olasılığının arttığını gösteren bir araştırmada SCA doğumun ilerideki doğumlar için bir tehlike oluşturma ihtimalinin, operasyonun uterus damarlarının zedelemesi veya plasentada döllenme problemleri

yaratmasına gibi SCA doğumun uzun vadedeki olumsuz etkilerine dikkat çekmektedir (Shallow H 2004; Wagner M 2000).

Eğer birinci doğum SCA ile olmuşsa, ikinci gebelik de açıklanamayan ölü doğum riskini biraz arttırmaktadır. (SCA 1000 doğumda 1,2, vajinal 1000 doğumda 0,5) (Hannah M 2004).

Cerrahi süreç sırasında oluşabilecek riskler dışında SCA olan kadınların %20'sinin iatrogenic nedeni ile grip olduğu görülmüştür (Wagner M 2000).

Planlı ya da plansız SCA ile doğumlarda, vajinal doğuma göre daha uzun hastanede kalmaktadır. Birçok faktörler hastaneden kalış süresini etkilemektedir. Bunlar: obstetrik komplikasyonlar, sigorta kapsamı, sağlık bakım sağlayıcılar, hasta tercihi, neonatal hastanede kalışı ve bölgesel uygulama örnekleridir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Washington da 256, 759 tek doğumda doğumdan 60 gün sonra tekrar hastaneye yatma oranı 1987 den 1996 ya kadar %1,2 ya da 3149 kadındır (Terhaar M 2005)

2000- 2005 yılları arasında 2 veya daha fazla planlanmış SCA ile doğum yapan 277 kadın 3 veya daha fazla SCA (multiple SCA grup) ile doğum yapan kadınlar ile 491 kadın ikinci SCA dan sonra maternal komplikasyonları karşılaştırılmıştır. Aşırı kan kaybı, yeni doğmuş bebeğin doğum zorluğu ve yoğun yapışma anlamlı olarak multiple SCA grupta daha ortaktır. Bu grupta plasenta akreta ve histerektomi fazla ortak fakat anlamlı değildir. Kadınların herhangi büyük bir komplikasyona sahip olma oranı multiple SCA grupta daha fazladır ve doğum sayısı ile 2. 3. 4. ve daha çok SCA ile doğumlarda sırasıyla artış olmaktadır. SCA sayısı arttıkça daha önemli komplikasyonların riski artmaktadır. Multiple SCA grupta ikinci planlanmış SCA'ya göre kan kaybı artmakta ve cerrahi daha fazla zor olmaktadır (Nisenblat ve ark 2006)

Washington eyaletindeki doğum olayları kayıt verilerine göre 3149 kadın üzerinde retrospektif çalışmalar yapılmıştır. Primipar kadınlarda SCA ile tekrar hastaneye yatma oranı 1000 doğumda 17, müdahaleli normal doğumlarda 1000 doğumda 12, spontan normal doğumlarda 1000 doğumda 10 bulunmuştur. Ortak nedenleri arasında uterusa ait infeksiyonlar, genitoüriner durumlar, tromboembolik durumlar ve apandisit, cerrahi yaranın komplikasyonları, kardiyopulmoner ve tromboembolik durumlar, safra kesesi patlamasıdır (Terhaar M 2005).

Erken ve destekle emzirmek yeni doğan bebek ve çocuğun gelişimi için önemli bir

uygulamadır. Meta analizler göstermiştir ki, planlı ya da plansız SCA yapan kadınlar vajinal doğum yapan kadınlara göre biberonla besleme olasılığı daha fazladır Fakat sosyal uygulamalar ve tıbbi faktörler (yeni doğanın anneden izolasyonu, tıbbi komplikasyonlar, neonatal yoğun bakıma kabulleri, cerrahi iyileşmenin özellikleri) emzirmeyi başlatmayı geciktirmektedirler. Randomize kontrollü çalışmalar tarafından sınırlı verilere göre, birinci yıl içinde vajinal doğum, planlı SCA ile emzirmenin süresi karşılaştırıldığında herhangi bir farklılık bulunamamıştır (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

SCA yapan kadınlarda normal doğum ile karşılaştırıldığında, SCA yapanların sonraki gebelik sayılarında düşüş görülmüştür (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

SCA ile normal doğum karşılaştırıldığında SCA yüksek tıbbi harcamalar, fizyolojik ve psikolojik olumsuz etkileri içerir. Diğer dezavantajları; emzirmeyi engellemek, anne- bebek arasındaki ilişkiyi geciktirmek, gelecekteki obstetrik performansı tehlikeye atmaktır (Park ve ark 2005).

2.2.2.2. Maternal Mortalite ve Morbidite

SCA maternal ölüm sebebi sıklıkla sepsis, pulmoner emboli ve anestezi ile ilgili komplikasyonlardır (Berkman S 2004 p 64).

Lilford ve arkadaşları (1990), SCA doğum ile ilişkili maternal mortalite için 7 kat artmış bir relatif risk bildirirken çoğu ölümlerin komplike olmuş elektif olmayan işlemlerle ilişkili olduğunu gözlemlemişlerdir.

SCA ile ilişkili olarak iyileşme zamanında meydana gelen uzama nedeniyle obez kadınlar, vajinal doğum ile karşılaştırıldığında mortalite ve SCA maliyetleri iki kat artmaktadır (Perlow ve Morgan 1994; Isaacs ve ark 1994; Cunningham ve ark 2001 p 539).

Maternal mortalite oranı 1994–1996 süresince İngiltere de her 100.000 tamamlanan gebelikte, elektif SCA için 5,9, acil SCA için 18,2, vajinal doğum için 2,1 dir (Hannah M 2004).

SCA oranı ile postpartum antibiyotik tedavisi ve ciddi maternal mortalite ve morbidite arasında pozitif olarak ilişki vardır (Lin ve ark 2004; Villar ve ark 2006).

2.2.2.3. Postoperatif Komplikasyonlar

SCA doğumu takiben oluşabilecek morbidite, operasyonun gerçekleştirildiği koşullarla ilişkilidir. McMahon ve arkadaşları (1996), geçirilmiş SCA olan kadınlar üzerinde yaptıkları analizde

elektif olarak tekrar SCA kullanıldığı kadınlar ile normal doğum eyleminden sonra metodun kullanıldığı kadınların komplikasyon insidanslarına karşılaştırmalı olarak baktıklarında vajinal doğuma etkilerinin olmadığını bildirmişlerdir. Potansiyel komplikasyonlar arasında histerektomi, pelvik yapıların operatif yaralanması, infeksiyon ve transfüzyon gereksinim sayılabilir. Uterus rüptürü ile bu morbiditelerin bazılarının insidansı arttırılabilir, çünkü çalışmaya sadece daha önce SCA geçirmiş kadınlar dahil edilmiştir.

Rajasekar ve Hail (1997) özel olarak mesane ve üreter yaralanmaları üzerine bir çalışma yapmıştır. SCA operasyonu süresinde mesane laserasyonlarının insidansını 1000 işlem başına 1,4 ve üreter laserasyonlarının insidansını 1000 işlem başına 0,3 olarak bulmuşlardır. Mesane yaralanmasının teşhisi hemen koyulurken üreter yaralanmasının teşhisi sıklıkla gecikmiştir.

Lyndon-Rochelle ve arkadaşları (2000) Washington eyaletinde 54.074 kadın üzerinde SCA doğum sonrası 60 gün içinde tekrar hastaneye yatışları incelemişlerdir. Sonuçları 142.768 vajinal doğum yapan kadın ile karşılaştırmışlardır. SCA doğum yapan kadınlarda tekrar hastaneye yatış anlamlı derecede yüksektir. SCA doğum yapan kadınların operasyondan sonra 3 gün içinde, 3–5 günde, 6 gün ve üzerinde taburcu edilme durumlarına göre yeniden hastaneye yatış risklerini hesaplamışlardır. 3–5 gün içinde taburcu edilen kadınlarda 3 günden önce taburcu edilenlere göre tekrar hastaneye yatış riskinde anlamlı azalma tespit etmişler ve bu sürenin optimal süre olabileceğini öne sürmüşlerdir (Lyndon-Rochelle ve ark 2000, Kaynak: Cunningham ve ark 2001 p 553).

SCA doğumun nadir ama ciddi bir komplikasyonu nekrotizan fasiittir. Geopfert ve arkadaşları (1997), SCA sonrası yara debridmanı ile gelen ateşli kadınlarda nekrotik fasyanın görülmesine dayanarak bu tip 9 kadını teşhis etmişlerdir, insidans yaklaşık olarak 1000 SCA başına 2 olarak bulunmuştur.

Postpartum Histerektomi

Ağır obstetrik hemoraji komplikasyonu gibi bazı durumlarda, postpartum histerektomi hayat kurtarıcı olabilir. Vajinal doğumu takiben laparotomide primer olarak yapılabileceği gibi SCA doğumu takiben de gerçekleştirilebilir (Cunningham ve ark 2001 p 555).

Operasyonların büyük bir kısmı inatçı uterin atoni, uterin insizyon veya plasental implantasyonla ilişkili alt segment kanaması, uterin damarların laserasyonu, büyük myomlar, ağır servikal displazi veya karsinoma in situya bağlı hemorajiyi durdurmak için yapılır. Plasental

implantasyon bozuklukları, plasenta previa ve plasenta akreta varyasyonları da dahil olmak üzere, sıklıkla mükerrer SCA ile ilişkili olan bu durumlar günümüzde SCA histerektominin en yaygın endikasyonlarıdır (Cunningham ve ark 2001 p 555)

SCA histerektomi uygulaması bakımından ana caydırıcı etkenler kan kaybı ve muhtemel bir üriner sistem hasan açısından duyulan kaygılardır. Komplikasyon oranını belirleyen ana faktör operasyonun elektif mi yoksa acil mi gerçekleştirildiğidir (Cunningham ve ark 2001 p 556).

2.2.2.4. Fetal Mortalite Ve Morbidite

SCA oranının artması ile fetal mortalite oranının artması ve birçok bebeğin 7 gün ve daha fazla yoğun bakımda kalması ya da preterm doğması arasında ilişkili bulunmuştur. Preterm doğum oranı ve neonatal mortalite oranının artması, SCA oranını %20 ve %10 arasında arttırmaktadır (Villar ve ark 2006)

SCA oranının artmasının 23 gestasyonel haftada neonatal mortalite oranının düşük olmasını düşündürmesine rağmen, bu sonuçlar 20–24 gestasyonel haftadaki diğer neonatallerin hayatta kalmasını genellememektedir (Terhaar M 2005).

Amerika da 1998–2001 doğum kohortları, ulusal doğum ve yeni doğan ölüm verilerine göre 5.762.037 canlı doğum, 11.897 yeni doğan ölümü olmuştur. Neonatal mortalite oranı SCA ile doğumlarda (her 1000 doğumda 1,77) normal doğuma (0,62) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın büyüklüğü kısmen demografik ve tıbbi faktörler için istatistiksel düzeltme ile düşmüştür ve doğum konjenital malformasyonlar ve apgar skorunun 4'ün altında olması dahil edilmemiştir. SCA/vajinal mortalite farklılıkları yaygındır ve ölümün bir kaç sebeple sınırlamamaktadır (MacDorman M ve ark 2006).

Fetal Komplikasyonları

SCA, fetal yaralanmaya karşı koruyuculuğu garanti değildir. Örneğin prematüre bir fetus makat gelişi ile doğurtulurken başı transvers uterin insizyonun içersinde sıkışabilir. Fetus uterusa yapılan insizyon sırasında da yaralanabilir (Scott ve ark 1997 p 565).

Fetal yaralanmanın genel insidansı %2–7 arasında değişmekte olup, genellikle kendini sınırlayan özelliktedir. En sık ekimozu içeren ezilme tarzında yumuşak doku yaralanmaları, daha çok membranların rüptüre olmuş olduğu premature vajinal doğumlarda ve SCA doğumlarda küçük abdominal veya uterin kesiye bağlı olmaktadır (Zeteroğlu ve ark 2003).

Fetal kesici yaralanmalar ise nadir olarak ortaya çıkan ancak SCA doğumlara özel yaralanmalardır. Genellikle fetal cilt ile sınırlı kalan ve özellikle uterin kaviteye ilk giriş sırasında oluşan yaralanmalardır (Zeteroğlu ve ark 2003). Cerrahın fetusu kesebilme ihtimali %1–9 oranındadır (Wagner M 2000)

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van/ Türkiye Ocak 1995 - Haziran 2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olan 1128 SCA operasyonun kayıtları incelenmiş. Fetal yaralanma dokuz olguda (%0,79) saptanmış. Bunlar sırasıyla; dört olguda skalpta (%0,35), üç olguda gluteal bölgede (%0,26), bir olguda kulak (%0,09) ve bir olguda omuz bölgesinde (%0,09) olmak üzere yüzeyel bisturi kesisi idi. Bir olguya cilt süturasyonu yapılmış. Üç gluteal kesi olgusunun makat prezentasyon endikasyonu içindeki oranı %2,34 olarak saptanmış. Dikkati çeken nokta bu yaralanmaların tümünün asistan doktorlar tarafından gerçekleştirilen SCA'larda olduğu idi (Zeteroğlu ve ark 2003).

Miadında doğan bebeklerde, eğer SCA ile doğmuşsa, neonatal respiratuvar distres riskinde oksijen terapisi gerektirmektedir. (her 1000 canlı doğumda vajinal doğum ile 5,3, doğum süresince SCA ile 12,2, prelabour SCA ile 35,5) (Hannah M 2004). SCA ile doğan bebeklerde respiratuvar distres ve yenidoğanın geçici takipnesi daha sık görülür (Wagner M 2000; Günalp ve Tuncer 2004 p 171; NIH State-of-the-Science Conference 2006). Serebral kanamalar ve zeka açısından SCA ile normal doğum arasında fark bulunmamaktadır (Berkman S 2004 p 91)

Tahmin edilen gestasyonel yaşın kesinliği ve hesaplanan lohusalık tarihinin tahmini maternal istekle SCAin yarar/ zarar oranını etkileyebilmektedir. Çünkü neonatal respiratuar morbiditesi artan gestasyonel yaş ile azalmaktadır. Gestasyonel tarih ve tahmin edilen gestasyonel tarih ile arasında 2–3 hafta yanlışlık olabilir. 39 gestasyonel haftada varsayılan elektif SCAde, neonatal respiratuar morbiditesi ile sonuçlanma potansiyele sahiptir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

SCA doğumun gelecekteki gebeliklerde yeni doğana eklediği riskler ise şunlardır:

1. Plasenta previa beklenenden daha sık görülür,

2. Vertikal uterin insizyonun rüptürüne bağlı fetal ölüm,

Daha sonraki elektif SCA bağlı ortaya çıkan neonatal respiratuar hastalıktır (Günalp ve Tuncer 2004 p 170).

Her ne kadar SCA doğum malprezantasyon durumlarında doğum travmasını önlemek için uygulanmakta ise de pek çok makale Erb paralizisi, kafatası kırıkları ve diğer uzun kemiklerin kırıklarının SCA ile doğurtulan bebeklerde meydana geldiğini onaylamaktadır. (Cunningham ve ark 2001 p 545).

Elektif SCA sonrasıyenidoğanlar, düşük apgar skoru yönünden büyük riske sahiptir (Terhaar M 2005).

7 çalışmanın (n: 3313) birleşiminden elde edilen verilere göre, elektif SCA dan sonra 5. dakikadaki apgar skorlarının analiz edilmesi 7 den daha az skor olasılığını ortaya çıkarmaktadır. Makrosomi ve sefalopelvik uygunsuzluk doğum travma riskini ayrıca brakial pleksus ve fasial sinirlerin zedelenmesini arttırmaktadır (Terhaar M 2005).

Yazdığı bir makalede, SCA ile doğmuş çocuklarda yemek alerjilerinin artması konusunda bir araştırmadan bahseden Suzannah Oliver, bu doğumlarda bebeğin beslenme yollarındaki koruyucu tabakaya zarar gelebileceğini iddia etmektedir. Operasyon sırasında hastane enfeksiyonu olasılığı olduğu gibi, ayrıca rutin olarak bütün kadınların ameliyat sırasında antibiyotik tedavisi görmesinin, bebeğin son derece hassas olan sindirim sistemine zarar verebileceğini ve bunun alerjik reaksiyonlara ve enfeksiyona yol açabileceğini belirtilmektedir. Ayrıca Oliver, acil veya tıbbi sebeplerden dolayı yapılsa da SCA doğumlarla ve sonuçlarıyla ilgili yeterli bilgimiz olmadığına da işaret ediyor (Shallow H 2004).

İskoçya'da vaka kontrol çalışmasında eski SCA olan kadınların, 34 haftadan sonra ölü doğum riskini anlamlı olarak arttırmaktadır (Franzcog ve ark 2004).

2.3. SCA ORANLARINDAKİ ARTIŞIN NEDENLERİ

Günümüzde parite de giderek azalmaktadır. Neredeyse yarısı nullipar olan gebelerde, sıklıkla şartlara bağlı olarak SCA doğum sayısında artış görülmektedir (Scott ve ark. 1997 p 563; Cunningham FG ve ark. 2001 p 539; Berkman S 2004 p 64; Günalp ve Tuncer 2004 p 168; Walker ve ark 2004).

Endüstriyel toplumlarda, ikinci ve geç evliliklerin artması, kadınların kariyerlerine artan konsantrasyonları, ilerleyen üreme teknolojileri sonucunda geç doğumlar meydana gelmektedir (Lin ve ark 2004; NIH State-of-the-Science Conference 2006).

Kadının yaşının ileri olması SCA oranının yükselmesindeki diğer önemli faktördür (Scott ve ark. 1997 p 563; Cunningham FG ve ark. 2001 p 539; Kiran ve Jayawickrama 2002; Berkman S 2004 p 64; Franzcog ve ark 2004; Günalp ve Tuncer 2004 p 168; Lin ve ark 2004; Walker ve ark 2004; NIH State-of-the-Science Conference 2006).

Amerika da 2000 ve 2001 yılları arasında doğum oranı her 1000 kadında ve tüm yaşlardaki oranı 13,9 dur. Bu oran 13–19 yaş arası gençlerde %10, 15–17 yaşlarındaki gençlerde ise %20'dir. Doğum oranı zamanla, 20–24 yaş arası kadınlarda %3 azalmıştır ve 25–29 yaş arası kadınlarda ise değişiklik olmamıştır. 35 yaş üstü kadınlarda ise doğum oranı %2 oranında artmıştır. Erken gebelikler azalmış geç gebelikler ise artmıştır. Anne yaşının ilerlemesi son zamanlarda SCA oranını da arttırmıştır. 36.056 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, maternal yaşın artması SCA nın artması riskini de arttırır (Terhaar M 2005).

The National Health Insurance Research Database (NHIRD)'e göre toplamda 502.524 tekli doğum çalışmasında, yaş gruplarına göre <20, 20–29, 30–34 ve >34 SCA oranları sırasıyla %17,7, 24,4, 37,4 ve 47,5'dir. Regresyon analizi her defasında göstermiştir ki medikal kurumların ve doktorların nitelikleri düzeltildikten sonra her bir kategorideki komplikasyon dahilinde SCA olasılığı anlamlı bir şekilde annenin yaşının ilerlemesiyle artmıştır (Lin ve ark 2004).

1992 den 2002 ye hem Porto Riko hem de Amerika da toplam SCA oranında kadının yaşı ve yaş grupları için artış göstermiştir. Porto Riko da genç yaş grubu (yaş <20) büyük artış göstermiştir. İkiye katlanarak % 18,5 den %37,6 olmuştur. Amerika da 35–39 yaş aralığı %23 artış göstererek %33,2 den %40,9 olmuştur. 2002 boyunca, Porto Riko ve Amerika da en yüksek oran yaş $\geq$ 40 olmuştur. (%63,9 ve %44,6) (CDC 2006).

1970'lerin başlarından itibaren, elektronik fetal monitörizasyon yaygın olarak kullanılmaktadır. Elektronik fetal monitörizasyonun yaygın kullanımı SCA oranını arttıran faktörlerden biridir (Scott ve ark. 1997 p 563; Cunningham FG ve ark. 2001 p 539; Akşit ve ark 2002; Kiran ve Jayawickrama 2002; Berkman S 2004 p 64; Günalp ve Tuncer 2004 p 168).

Aralıklı fetal kalp hızı oskültasyonu ile karşılaştırıldığında bu yöntemin artan SCA doğum hızı ile ilişkili olduğuna dair çok az kuşku vardır. Her ne kadar öncelikle "fetal distres" için yapılan SCA doğum tüm SCA uygulamalarının içinde azınlıkta kalsa da, çoğu vakada anormal bir fetal kalp hızı trasesi ile ilgili kuşkular doğum eylemi durmasının bazı formlarını tarif eden endikasyonlarla operatif doğuma yönelmeye yol açmaktadır (Scott ve ark. 1997 p 564; Cunningham FG ve ark. 2001 p 539; Berkman S 2004 p 64; Günalp ve Tuncer 2004 p 168).

Makat prezentasyonlarının çoğu SCA ile doğurtulmaktadır (Cunningham FG ve ark. 2001 p 539; Berkman S 2004 p 87; Günalp ve Tuncer 2004 p 177).

İtalyan kadın doğum uzmanları makat duruşlar ve ilk SCA sonrası için rutin olarak SCA kullanmaktadırlar; bebeği vakum ile çıkarmadaki komplikasyonun korkusu için forseps tercih edilmektedir (Donati ve ark 2003).

Son SCA doğum hızları ciddi anlamda görevi kötüye kullanma davaları ile ilgili kaygılara katkıda bulunmaktadır (Gamble ve Creedy 2000; Wagner M 2000; Kiran ve Jayawickrama 2002; Franzcog ve ark 2004). Birleşik Devletlerde obstetrik görevi kötüye kullanma davalarında en sık yapılan suçlamalar SCA doğum uygulamasında ve dolayısıyla olumsuz neonatal nörolojik sonuçları veya serebral palsiyi önlemedeki başarısızlıktır (Cunningham ve ark 2001 p 540). Bu eğilim özellikle iyi belgelenmiş olan SCA doğum ile serebral palsi ve konvülsiyonlar da dahil olmak üzere çocukluk çağı nörolojik problemlerinde herhangi bir azalma arasındaki ilişkinin yetersizliğine dair olan görüşü tehdit etmektedir (Scheller ve Nelson 1994; Lien ve ark 1995).

Sosyoekonomik ve demografik faktörlerin SCA doğum hızlarına bir etkisi olabilir. ACOG (2000)'a göre başkaca bir komplikasyonu olmayıp sefalik prezentasyonlu tekil term fetusları olan nullipar kadınlar arasında en yüksek değişkenlik görülmektedir. Yüksek riskli hastalar SCA doğum hızlarında doktorlar ve hastaneler arasında daha az değişkenlik gösterirler (Cunningham FG ve ark. 2001 p 540; Berkman S 2004 p 64; Günalp ve Tuncer 2004 p 168).

Üriner inkontinans, prolapsus, seksüel doyumsuzluğa karşı korunmak için SCA başvurmak artmaktadır (Geary ve ark 1998; Wagner M 2000; Franzcog ve ark 2004; Scott J 2006; Villar ve ark 2006).

Cerrahi ve anestezi tekniklerinin gelişmesi, post-operatif komplikasyon risklerinin azalması, hastanın isteği, yardımcı üreme teknikleri, sağlık sistemindeki değişiklikler, doğum uzmanlarının koruyucu uygulamaları da etkilemektedir (Gamble ve Creedy 2000; Akşit ve ark 2002; Walker ve ark 2004; Villar ve ark 2006).

Kadınların sosyo ekonomik düzeyi, doktorun tutumları, rahatlık faktörü, yasal durum, ödemenin koşulları, kadının beklentileri ve psikolojik durumu SCA seçiminde önemli, tıbbi olmayan ilişkili faktörlerdir (Donati ve ark 2003; Leeman L ve Leeman R 2003).

Obezite, SCA ve infeksiyon komplikasyonları ve venöz tromboembolizm gibi post operatif cerrahi morbidite için bir risk faktörü olarak bilinmektedir. Obesite üriner inkontinans ve pelvik taban disorder için de bir risk faktörüdür. Obesite, doğum boyunca acil

SCA doğum ile anlamlı risk ile ilişkili olarak artmaktadır (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Kadının kilosunun 100 kilodan daha az olması vajinal doğum başarısı için daha uygundur. Bir obezite çalışmasına 150 kilodan fazla olan 69 kadının 150 kilodan az olan 69 kadına göre hastanede kalma günü daha fazla ve enfeksiyon oranı daha yüksektir (Terhaar M 2005).

Daha önce SCA doğum yapmış 135 kg dan fazla olan normal doğum adayı gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada 69 hastadan, 39 u elektif yeniden SCA doğum ve 30 u vajinal doğuma başvurmuştur. İlk SCA sonrasında vajinal doğum yapanlar %13 tür. Bu düşüşün nedenleri, %46 doğum arresti ,%38 fetal distres, %15 indüksiyon yetersizliğidir. Endometrit ve yara enfeksiyonu oranı normal doğum yapan kadınlarda yeniden elektif SCA doğuma giren kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kombine infeksiyöz morbidite oranı anlamlı olarak normal doğum yapan kadınlarda, elektif yeniden SCA ya göre daha yüksektir. Önceki doğumu SCA ile olan morbit obez kadında vajinal doğum başarısı %15 ten daha az ve normal doğum yapana hastaların yarısından fazlası infeksiyöz morbiditeye sahip olduğu bildirilmiştir. (Chauhan ve ark 2001).

Günümüzdeki uygulama, gebelik öncesi vücut kütle indeksini temel almaktadır. On altı kilogramın üzerindeki artışlar makrozomi ve SCA oranında artışı da beraberinde getirmektedir (Akşit ve ark 2002).

Latin Amerika ve İtalya da yapılan son çalışmalar, SCA kabulünün, sosyal normların ve halkın kültürel rolünün tanınması ile ilgilidir. İtalya'da aile büyüklüğünün azaltılması, düşük doğum oranları, ertelenmiş annelik gibi sosyal ve kültürel durumlar sonuçlarında "yüksek primli bebekler" olduğu rapor edilmiştir (Walker ve ark 2000).

Amerika da SCA oranının yükseldiği dönemde, perinatal mortalitede belirgin azalma gözlenmişti, fakat bugün bu oranın, SCA oranlarının düşük kaldığı (%5-%7) ülkelerdekinden farksız olduğu anlaşılmıştır. SCA doğumu, ayrıca, maternal mortalitenin yükselmesi ve sağlık hizmetleri sisteminin gider yükünün artmasıyla ilişkilidir. Bu nedenlerden ötürü, bu operasyon ve endikasyonları, son yıllarda ciddi biçimde gözden geçirilmiştir. Tüm SCA doğumlarının dönemsel irdelenmesi, doğum hastanelerinin benimsemesi gereken bir yaklaşımdır. Endikasyonlarm eleştirilmesi, bu girişimin çok fazla veya gereğinden az uygulandığını gösterebilir ve yanlışların düzeltilmesinde yardımcı olur (Scott ve ark 1997 p 563)

2.4. ELEKTİF SCA

Birçok gebe doğum ve doğum sürecindeki deneyimlerden, doğumdaki ağrılardan ya da doğmamış çocuğun güvenliğinden duyulan korku ve endişe ile SCA yönelirler. SCA tercihi, doğum korkusu ve onun potasiyel komplikasyonları kadar istek ve kadınların kişisel deneyimlerden de etkilenmektedirler (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Eski dönemlerde SCA kararı yalnızca doktorlar tarafından verilirken, günümüzde kadın ve ailesinin tercihine de değer verilmektedir (Terhaar M 2005).

Doktor ile hasta arasındaki ilişki de zamanla değişmeye başlamıştır. Doktorun tarihi rolü hasta için bilgi acentesi (informed agent) olarak değişmektedir. Hasta bir müşteri, doktor ise servisi, hizmeti karşılayan model olmaya başlamıştır. Hizmet sunanlar, müşterilerin isteklerini reddetmekte zorlanabilirler. Kararlarda hastaların tercihi önemli rol oynayabilir. Oysa doktorlar herhangi bir klinik yarar ve potansiyel zararı en iyi kanıtlara uygun olarak belirlemelidir (Anderson GM ve ark 2004).

Yapılan son çalışmalarda Avustralya'da kültürel baskı ya da normlar belli başlı olarak SCA oranının artmasında etkili olsa da daha çok SCA oranının belirlenmesinde, kadınların kendi tercihlerinin etkili olduğu açıklanmaktadır (Walker ve ark 2004).

National Sentinel Caesarean Section Audit yayımlanan birçok makaleye göre %7,3 SCA kadınların isteği ile olduğu ve gerçek olduğu varsayılan nedenler arasında rahatlık ya da korku gibi isteklerin olduğu bilinmektedir. Gerçekleşen birçok SCA da kadın doğum doktorlarının rapor ettiği başlıca neden kadınların isteği olduğudur (Weaver ve Statham 2005).

NSD, hastanede kalma gereği, elektronik fetal kalp monitorizasyonu, doğumdaki indüksiyon ve uzama, epidural analjezi, forseps ile doğum, epizyotomi gibi deneyimler nedeniyle "doğal" ya da "normal" olarak düşünülmemektedir (Hannah M 2004).

Bazı araştırmacılar da SCA ile doğumun kadınların kendi istekleri olması da yüksek bir orana sahip olduğunu rapor etmişlerdir(Gamble ve Creedy 2000; Lee ve ark 2004).

Amerika da hastanın SCA isteme oranı 2004 verilerine göre tüm SCA ların %4'ten 18'e, elektif SCA lar ise %14'ten %22 ye doğrudur (Terhaar M 2005; NIH State-of-the-Science Conference 2006).

İsveç'de 1999 yılı boyunca doğum yapan kadınlardan %8,2 si kendi isteği ile SCA yı seçmiştir. SCA isteği yaş, obstetrik hikâye, medeni durum, ikametgâh edilen yer ile ilişkilidir. SCA yı tercihe eden kadınlar diğer yaşamlarında daha depresif ve endişelidirler. Daha önce

SCA olması, doğum korkusu ve önceki olumsuz doğum tecrübesi de etkilidir (Hildingsson ve ark 2002).

Kadınların yüksek SCA oranı ile karşılaştırıldığında, sağlıklı, sigorta durumu iyi olan, yüksek gelirli kadınlar SCA tercih etmişlerdir (Hopkins ve Amaral 2006).

Yayınlanan bir çalışmada, 1991 den 2001'e Amerika da kullanılan doğum sertifikaları verilerine göre ilk SCA (herhangi bir endikasyon riski olmadan) tüm canlı doğumların %3,3 ten %5,5 e artış göstermiştir. En yüksek oran yaşlı primipar kadınlardadır. (primipar kadınlarda yaş 40 ve daha fazla %18,2 den %25,7 ye yükselmiştir) (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Bazı tıbbi endikasyon ya da doğum olmadan maternal istek ile SCA doğum Amerika da 2001 de tüm doğumların %1,9 dan 2003 te %2,6 ya yükselmiştir. Kanada da 1994–1995 de %18 den 2000–2001 de %22,1 e yükselmiştir. İtalya da maternal istek 1996 da tüm SCA %4,5 i iken 2000 de %9 olarak artmıştır. İsveç hastanesi'nde 1994 te %8,9, 1999 da %15,8 ve Norveç te 1998–1999 da %7,6 maternal istek ile SCA oranıdır (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Tayvan da 1997 de %2 den 2001 de %3,5 e yükselmiştir. (herhangi bir klinik endikasyon olmadan SCA olması) En yüksek 35 yaş ve üstü kadınlarda artış olmuştur. (1997 de %3,6 dan 2001 de %6,6 olarak artış göstermiştir) (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Quinlivan ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada batı Avustralya da 1624 SCA vakasından 633 (% 39) elektif, 911 (%61) non elektiftir. Elektif SCAlerden %27 si (170) kadınlar tarafından istenmiştir (Quinlivan ve ark 1999, Kaynak: Gamble ve Creedy 2000).

Wilkinson ve arkadaşları (1998) tarafından İskoçya da 8098 gebe üzerinde yapılan bir çalışma da tüm SCA ların %7,7'si (623) ve elektif SCA ların %19,8 i kadınlar tarafından istenmiştir (Wilkinson ve ark 1998, Gamble ve Creedy 2000).

Jackson ve Irvine (1998) İngiltere de 276 SCA vakası üzerinde yapılan bir çalışma da %38 (104) elektif ve tüm SCA ların %18,2 si kadınlar tarafından istenmiştir (Jackson ve Irvine 1998, Gamble ve Creedy 2000).

İtalya da 1999 da 23 üniversite hastanesinden 100 birbirini izleyen doğumdan, tek doğum yapmış 1986 kadından 1023 ilk kez doğum yapacak kadın çalışmaya katılmış. SCA oranı %36 idi. Spontan doğum yapan kadınların %91 'i ve SCA doğuma girenlerin %73'ü vajinal doğumu tercih etmişti. Bu çalışmada görüşülen kadınların çoğu vajinal doğumu tercih etti ve memnun kalmıştır (Donati ve ark 2003).

İsveç'te yapılan bir çalışmaya göre, ilk doğumlarında SCA seçme oranı %8,2 ya da 1284 kadından 92'sidir. Normal doğumdan korkma, SCA seçmelerindeki başlıca en güçlü göstergedir. 3 faktör kadınların SCA seçmelerinde istatistiksel olarak anlamlıdır. Bunlar; normal doğum yapmaktan korkma, önceki negatif doğum tecrübesi ve önceki SCA ile doğumdur (Terhaar M 2005).

Güney Afrika da Lawrie ve meslektaşlarının yaptığı çalışmasında hamile doktorların üçte biri elektif SCA planlamışlardır. Nedenleri olarak perineal travmadan korkma, SCA daha az komplikasyonuna sahip olduğuna inanmalarıdır (Manthata ve ark 2006).

Hildingson ve arkadaşlarının yaptığı, 3061 İsveçli kadınların %8'i SCA tercih etmiştir (Manthata ve ark 2006).

Güney Afrika da 46 siyah ve 54 renkli (karışık ırk, baskın populasyon grubu) primigravida (ilk gebelik) ve 59 siyah ve 62 renkli multigravida ile Mayıs 2003 ve Şubat 2004 yapılan bir araştırmaya göre primigravidalar arasında, siyah kadınların %89 u ve renkli kadınların %83 ü vajinal doğumu tercih etmiştir. Multigravidalar arasında ve siyah kadınların %86 sı ve renkli kadınların 79'u vajinal doğumu tercih etmiş. Çoğu kadın vajinal doğum sonrasında daha hızlı ve daha az ağrılı iyileşeceğine inanmıştır. Tüm kadınların %41'i epizyotomiyi vajinal doğumun en büyük dezavantajı olarak görürken,%43'ü SCA nın herhangi bir avantajının farkında değildi (Manthata ve ark 2006).

Doğum uzmanlarının kendi doğumlarında ya da partnerlerinin doğumunda kişisel tercihleri üzerine yapılan bir çalışma, %17'sinin elektif SCA tercih ettiğini göstermiştir. (kadınların %31 ile kıyaslandığında erkeklerin %8'i) (Geary ve ark 1998).

Londra üniversitesindeki fetal büyüme çalışmasına katılan 1212 düşük riskli gebeliği olan beyaz kadınlara sorulan araştırmada 52 tıp doktoru da vardı. Her bir gruptaki ortalama maternal yaş 34'tü. Doktorlar arasında elektif sezeryana karşı giderek artan bir eğilim vardı. Doktorlar arasında maternal istek, elektif sezaryenlar için dominant endikasyon olarak görünüyor (Geary ve ark 1998).

Brezilya, SCA doğum isteğinin popüler olduğu ilk ülkelerden biridir. Etik çevre, SCA doğumunun bir kadın hakkı olduğunu düşünmektedir (Scott J 2006).

Artan SCA oranı, kadın doğum uzmanları arasında kaygıların artmasına sebep olmuştur. Son medya verileri, SCA oranlarının, SCA doğumu bir hayat tarzı olarak benimsemiş kadınlar tarafından yükseltildiğini işaret etmektedir. Son zamanlarda yayınlanmış National Sentinel Caesarean Section Audit, Son zamanlarda artan SCA oranları

konferansında; "Klinik olarak gereksiz SCA konusunda annenin hak sahibi olup olmaması " konusu tartışılmıştır. Kadınların doğum algıları ve korkuları herhangi bir medikal endikasyon yokluğunda elektif SCA konusunda karar vermede büyük rol oynamaktadır. Şu sonuca varıldı ki; bu ülkenin artan SCA operasyonlarını azaltmak için, gereksiz işlemler geçirmemiş pozitif deneyimlere sahip kadınlar üzerine odaklanmamız gerek. Kadınların büyük çoğunluğunda, doğum deneyimi arttığında elektif cerrahi talebi azalacaktır (Dodwell M 2002).

Klinisyenler SCA oranının arttığı konusunda hemfikirler ve birçoğu bu oranın yükselmesinden medya ve kadınları sorumlu tutmaktadır (Kiran ve Jayawickrama 2002; Hopkins ve Amaral 2006).

Hamilelik ve doğumu henüz yaşayacak olan pek çok kadın ailelerinin, arkadaşlarının ve basından duyduklarının etkisi altında kalmaktadır. Toplum ve medya, kadınların hamilelik ve doğumu algılamasında büyük bir rol oynamaktadır. Bugün yaşadığımız toplumda, klinik yardım almadan kendi çocuğumuzu doğuramayacağımız anlayışıyla yaşıyoruz. Doğum sağlıklı pek çok kadın için bir hastalık değildir ve aksi yönde anlatılan hikâyelerin çoğu klinik yardım almasına rağmen zor doğum yapan ve aslında en başta sağlıklı olan kadınların hikâyeleridir. Medya bu imajı, acil servis kapılarına çarparak giren kadınlardan, dramatik bir sahnede kriz geçiren, korku ve gerilim içinde doğum yapan kadına kadar kullanmaktadır (Shallow H 2004).

Hasta tercihli SCA doğumdaki bu artış kadınların ters duran fetus veya daha önce SCA olmaları nedeniyle vajinal doğuma alternatif tercihlerinin artmasına bağlı olarak artmaktadır. SCA'nın kadınlar ve bebekler üzerine olan potansiyel risklerinin iyice analiz edilmemesi, hasta tercihli SCA doğumun yaygınlaşmasına neden olabilir. Medikal endikasyonların yokluğunda SCA doğum tercihi üzerine bu baskı, sonunda kadınların doğum tercihlerinde azalma ile sonuçlanabilir. Hasta tercihini savunmak, SCA doğum kadar vajinal doğum konusunda da gereklidir (Declercq ve ark 2006).

Kadınlar SCA seçmelerindeki istekler olarak anal sfinktere olan zarar, seksüel doyumsuzluğa karşı korunmak, pelvik taban hasarı, üriner ve fekal inkontinansı azaltmak olarak ifade etmişlerdir (Geary M 1998; Wagner M 2000; Franzcog S ve ark 2004; Terhaar M 2005; Manthata A 2006; Scott J 2006).

Birçok hasta ve doktor, SCA'nın çocuk sahibi olmada hızlı, güvenli ve uygun bir yöntem olduğunu inanmaktadır (Scott J 2006).

Kadın doğum uzmanlarına göre, %62'den %81 e rapor edilen SCA ların herhangi bir tıbbi kanıt olmaksızın kadınların isteklerine bağlı gerçekleştiğini bildirmiştir. Bayan olan

kadın doğum uzmanlarına göre, %31'i komplikasyonun olmadığı ilk gebeliklerde SCA ile doğum seçtiklerini bildirmişlerdir (Terhaar M 2005).

Bir başka etik konuda sağlıkta eşitlik ilkesidir. FIGO (1999) raporunda "Tıbbi sebepler dışındaki SCA uygulaması etik açıdan belirsizliğini korumaktadır" belirmiştir (Wagner M 2000). Ayrıca "Tıbbi olmayan nedenler için SCA nın gerçekleşmesi etik olarak haklı çıkarılamaz" tavsiyelerine rağmen, doğum olmadan razı olduğunu bildirdikten sonra gebe kadın için SCA ile doğumu seçebileceğini savunan görüşler de bulunmaktadır (Allen M 2003; Franzcog S 2004).

Kadınların isteği ile büyüyen planlı elektif SCA cevap olarak ACOG (2003) yayınladığı kurul düşüncelerine göre, yeterli bilgi verdikten sonra, hasta otonomisinin ilkesinde normal bir gebelikte elektif SCA izin verilebilir. Gerçekte kadın doğum uzmanı hastanın endişelerini keşfetmeli, bilgi vermeli ve hastanın rıza göstermesini sağlamalıdır. Eğer kadın doğum uzmanı, SCA nın vajinal doğumdan daha fazla kadının ve fetüsün refahı ve tüm sağlığını geliştirdiğine inanabilir ve kadın doğum uzmanı, etik olarak gerçekleştirilen SCA yı haklı çıkarır. Aynı şekilde, eğer kadın doğum uzmanı SCA nın gerçekleşmesinin kadının ve fetüsün refahı ve tüm sağlığına zarar vereceğine inanıyorsa, kadın doğum uzmanı, etik olarak cerrahi operasyonu gerçekleştirmekten zorunlu olarak kaçınmaktadır (Hannah M 2004).

Brezilya %36 sı oranıyla dünyada en fazla SCA oranına sahip ülkeler arasındadır. Özellikle özel hastanelerde doğum yapanların SCA oranlarının %80–90 ları bulması cerrahi doğumun sıklıkla kişinin kendi aktif tercihi olduğu tablosunu çizmektedir. Doktorlarda bu görüşü teşvik etmekte, yüksek oranların ve arkasındaki kadınların SCA olma talebidir sık nedenlerdendir. Akademik analizler prosedür için kadınların motivasyonlarını tanımlamakla birlikte, gerçekleştirilecek SCA isteği hakkında doktorların motivasyonu dengelenmiş bir manzara sunma eğilimindedir. Doktorlar medikal uzmanlığı ve otoriteleri bir kadını SCA seçmeye ikna etmede daha etkindir ve onların sıklıkla yönlendirmektedir (Hopkins K 2000).

SCA'nın risk ve yararlarının vajinal doğuma karşın güvenilir kanıt yokluğunda, bireysel hastaların zorluğu ile kararlar bildirimi yapılır. Kanıtların yokluğu, doktorlar için roller ve hastaların isteklerindeki değişiklikler ile birleştirilmiştir, SCA oranındaki ulusal amaçlar hemen hemen imkansız olmaya başlamıştır (Anderson GM 2004).

2.5. GEBELERİN DOĞUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Günümüzde gebelerin doğum yöntemine ilişkin görüşleri önem kazanmaktadır. Bu kararda kadınların yöntemlere yönelik tutum ve davranışları öne çıkmaktadır.

Doğum yöntemlerine ilişkin maternal kararlarda, anksiyete ve yetersizlik duyguları gibi psikolojik faktörler etkili olabilir. Kişilerarası şiddet, travmatik doğum ya da yenidoğan ölümü, post travmatik stres bozukluğu, depresyon, ya da suçluluk duyguları gibi yaşam deneyimleri kararları yönlendirebilir. Doğum sürecinin kendi kontrolünde olması bazı kadınlar için çok önemli olabilir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Kültürel inançlar ve uygulamalar doğum hakkındaki algı ve istekleri etkilemektedir. Bazı kültürler, dinsel tören ve gelenekler, vajinal doğum ile ilişkili gelişmektedir. Doğum sürecine aktif katılım ve doğum, anlamlı psikolojik yararları olan önemli tecrübelerdir. Diğer kültürde ise kadınlar, doğumu daha az önemli bulmakta ve SCA ile sürecin kendi kontrolünde olmasına değer vermektedir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Doğum sürecinin en önemli sonuçları, doğum deneyiminden memnun olma ve postpartum yaşam kalitesi ile ilgilidir. Fakat veri yetersizliği, bu faktörleri anlamayı zorlaştırmaktadır (Hibbard ve ark 2001).

Amerika da doğumlar, hastane ortamında gerçekleşmektedir. Kaynakların elverişliliği, operasyon odaları ve personel, sağlık bakım çalışanlarının tavsiyeleri, coğrafik yer ve hastanede perinatal servislerinin düzeyi, SCA programlarının kararını etkileyen faktörlerdir. Doğumun zamanlama ve uzunluğunun tahmin edilememesi, sağlık bakım çalışanlarının yaşam şekli ve yorgunluk düzeyi için, hasta güvenliğine karşı zorlukları göstermektedir. Sigorta kapsamı, ücret ve zamanlama uyuşmazlığı, elektif SCA'nın gerçekleşmesi gibi ekonomik konular da sağlık bakım çalışanlarının kararını etkileyebilir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Vajinal doğum seçiminde en önemli sebep iyileşmenin kolay olması ve çabuk bir biçimde diğer çocukların bakımına dönme arzusudur. Anne ve/veya bebek güvenliği doğum seçiminde 11 çalışmanın 4' ünde önemli bir neden olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca önemli etnik farklılıklar rapor edilmiştir. Vajinal doğumu bir zorluk ve özlenmeyecek bir deneyim olarak gören beyaz kadınlarla beyaz olmayan kadınlar kıyaslandığında, beyaz olmayan kadınların başka bir yöntemin sağlıklı bebekler sunması durumunda, doğurma işleminden kaçınılabileceği şeklinde yorumladılar (Eden ve ark 2004).

Kadınlar, herhangi bir tıbbi endikasyon olmaksızın, vajinal doğumdan korkma ve SCA

ile doğumun güvenliği arttıracağı düşünceleri ile SCA seçmektedir (Kiran ve Jayawickrama 2002).

Kadın doğum uzmanları ve/veya partnerleri hamile olduklarında klinik bir tavsiye olmadığı halde doğum şekli olarak SCA dan yana tercih de bulunmaktadırlar. Bu durum bir taraftan normal doğum sonrası uzun vadede ortaya çıkan sonuçlarla ilgili endişelere işaret ederken diğer yandan da SCA güvenli olarak gördüklerine işaret etmektedir (Mufti ve ark 1997).

Hamileliği esnasında SCA kararı verdiği rapor edilmiş 44 postnatal kadınla görüşülen bir çalışmada kadınların düşüncelerini ve kararlarını etkileyen fikirler, faktörler ve olaylar açığa çıkarılmıştır. SCA yı seçmiş çoğu kadın kendi güvenlikleri ve önceki obstetrik problemlerden ya da bir kısmı da hamilelik sırasında gelişen sorunlardan kaynaklanan bebeğin sağlık durumu hakkındaki kaygılarından bahsetmişlerdir. Çoğu kadın SCA doğumu, vajinal doğumdan daha güvenli olarak algıladığı belirlenmiştir (Weaver ve Statham 2005).

SCA doğumları tercih etme nedenleri, doğum ağrısı ve stresinden kaçınmak (Chong ve Mongelli 2003; Lee ve ark 2004;), daha kolay bir yol olarak düşünmeleri (Walker ve ark 2004), zengin kadınların SCA'yı istemeleri (Chong ve Mongelli 2003), doğum zamanını bilme isteği, doğum sonrasında cerrahi gerektirecek perineal travma korkusu, SCA nın daha az komplikasyonlu olacağı inancı (Lawrie ve ark 2001), medyanın SCA nın vajinal doğumdan daha iyi olduğu gibi bir portre çiziyor olması (Walker ve ark 2004), fiziksel zorluk ve partnerin sancı sırasındaki tepkisi ve doktorlardan alınan bilgilerdir (Turnbull ve ark 1999).

Vajinal doğumu tercih etme nedenleri, doğal bir süreç olması (Chong ve Mongelli 2003; Lee ve ark 2004), daha az masraflı olması, hastalık ve ölüm oranının daha az olması (Chong ve Mongelli 2003), daha çabuk iyileşilebildiği, daha güvenli olmasıdır (Lee ve ark 2004).

Kadınların bir çoğu doktorlar en iyisini bilir ve onlar karar verir düşüncesine katılmaktadırlar (Chong ve Mongelli 2003; Lee ve ark 2004).

Gebelerin bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde abdominal insizyonda ağrı olacağını düşünür ve yara infeksiyonundan haberdardır. Ancak kadınların sadece bir kısmı SCA doğumlar ile akciğer emboli riskinin arttığından haberdardır. Vajinal doğumların üriner ve fekal inkontinans riskinin yüksek olduğundan haberdardır. Bir kısmı da vajinal doğumların

vajina anatomisini bozabileceğini ve seksüel memnuniyeti etkileyebileceğini düşünür (Chong ve Mongelli 2003).

2.6. HEMŞIRE VE EBENIN SORUMLULUKLARI

Gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık deneyimlenen bir durum değildir. Gebenin kendi ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekir. Ayrıca bebeğin doğumu sadece anne üzerinde değil, baba, kardeşler, büyükanne ve büyükbaba üzerinde de etkiler yapar ve onların tüm rollerinde, ilişkilerinde önemli değişikliklere yol açar. Bu nedenle perinatoloji hemşiresi, yeni doğanın da dahil olduğu bu yeni aile ünitesini bütünsel bir yaklaşımla ele alıp gereksinimlerini değerlendirmelidir (Coşkun A 1996).

Perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri şöyle sıralanabilir

- Sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlık
- Gebelikten korunma ya da gebe kalma
- Gebelik ve doğuma anatomik, fizyolojik ve psiko-sosyal adaptasyon
- Gebeliği sürdürme ve izleme
- Prenatal tanı yöntemlerine destek
- Önceden var olan ya da gebelikle birlikte oluşan sağlık sorunları
- Doğum eylemine yardım ve eyleme ilişkin sağlık sorunları
- Sağlıklı yeni doğan bakımı
- Yeni doğana ilişkin sağlık sorunları
- Loğusa bakımı ve sağlık sorunları
- Aile üyelerinin gebelik, doğum ve yeni doğana olumlu adaptasyon

(Coşkun A 1996).

Görüldüğü gibi perinatal dönemde doğum öncesi, anı ve sonrasına ilişkin karşılanması gereken çok çeşitli sağlık bakım gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin tanılanması, ancak bireyin yakın gözlemiyle olasıdır. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde disiplin içi ve disiplinler arası sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği yapar ve koordinatör rol üstlenir. Ayrıca bireyin kendi bakımına aktif

katılımı için onun görüş ve onayını alır. Böylece sorunların çözümüne yönelik planlanan bakım, süreklilik ve anlam kazanır (Coşkun A 1996).

Prenatal eğitim programlarında gebelik, doğum komplikasyonları, riskleri ve yenidoğan bakımına ilişkin bilgiler verilmektedir. Böyle programlar henüz ülkemizde yaygın değildir. Yurt dışında yapılan çalışmalar, çiftlerin bu programlarda özellikle doğum, nefes alıp-verme ve relaksasyon teknikleri üzerine odaklandıklarını, ebeveynlik rolleri, çocuk bakımı ya da kendi bedenlerindeki değişikliklerle ilgilenmediklerini ortaya koymuştur (Kızılkaya N 2003).

Doğum yöntemlerinin seçiminde etkili olan tutum ve davranışların olumlu yönde etkilenmesi ve değiştirilmesi için de ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Her gebe, sağlık bakım profesyonellerinin yardımına ve korkularının bilgi ile giderilmesine ihtiyaçları vardır. Hemşire, kadınların SCA ve vajinal doğumdaki potansiyel komplikasyonları, riskleri ve seçenekleri anlamasına yardımcı olmalıdır (Terhaar M 2005).

Erken post-partum dönemi ebeveynlerin prenatal eğitim programlarına devam etmiş olsalar dahi en fazla soru sordukları, destek aradıkları dönemdir. Günümüzde hastanede yatma süresinin kısalması, evde doğum yapma eğiliminin artması, hastanede çalışan hemşirelerin eğitim yapabilecekleri zamanı sınırlamıştır. Bu nedenle, son yıllarda yurt dışında erken post-partum dönemindeki kadınların katılacakları eğitim programları ve telefonla danışmanlık hizmeti şeklinde programlar geliştirilmiştir. Ülkemizde henüz benzer programlar bulunmadığından doğum servislerinde çalışan hemşirelerin, anne ile karşılaştıkları kısa zaman periyodunda yapabilecekleri sağlık eğitiminin içeriğinde öncelikle yer alması gereken konuların belirlenmesi önem taşımaktadır (Kızılkaya N 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine karşı davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Vehbi Koç Vakfı (VKV) Amerikan Hastanesi Kadın Doğum servisinde 30.09.2006- 31.03.2007 tarihleri arasında ilgili kurumdan gerekli izin alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir.

VKV Amerikan Hastanesi Kadın Doğum servisinde 18 hasta odası bulunmakta, 10 uzman hekim ve 15 hemşire görev yapmaktadır. Bu hastanedeki doğum sayısı ayda ortalama 100-120'dir. Sezaryen olan hastalar 3 gece 4 gün, normal doğum yapan hastalar ise 2 gece 3 gün süre ile hastanede kalmaktadırlar.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, 30.09.2006- 31.03.2007 tarihleri arasında VKV Amerikan Hastanesinde sezaryen ve normal doğum yapan tüm kadınlar oluşturmuştur. Bu tarihler arasında Amerikan Hastanesi'nde 629'u sezaryen, 137'si normal doğum olmak üzere toplam 766 doğum gerçekleşmiştir. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmayı kabul eden 600 kadın çalışma kapsamına alınmıştır. Katılma oranı %78'dir. 166 kişiye ulaşılamamıştır.

3.4. VERİ TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verinin toplanmasında, araştırmacı tarafından ve literatür doğrultusunda geliştirilen, Veri Toplama Formları 1A-1B (Ek: 1), Hasta Onay Formu (Ek: 2), Hasta Bilgilendirme Formu (Ek: 3) kullanılmıştır.

Veri Toplama Formları (EK 1)

1A: Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler Soru Formu (Ek 1A)

1B: Doğum Yöntemlerine İlişkin Görüşler Formu (Ek 1B)

Araştırmada veriler; hastaların doğum sonrası üçüncü gün, sosyo-demografik ve obstetrik özellikler soru formu, vajinal ve sezaryan doğum hakkında 16 cümle içeren doğum yöntemlerine ilişkin görüşler formu ile toplanmıştır. Kadınlara araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı ile ilgili kısa bir açıklama yapılarak, izinleri alındıktan sonra görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler kadınların odalarında uygun bir ortam sağlandıktan sonra gerçekleştirilmiş ve 8–10 dakika sürmüştür.

Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler soru formu, 5 tanesi açık uçlu soru, 5 tanesi evet/ hayır şeklinde olup toplam 27 sorudan oluşmuştur.

16 cümle içeren doğum yöntemlerine ilişkin görüşler formu, kadınlar tarafından 1: Kesinlikle katılıyorum, 2: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılmıyorum şeklinde puanlanarak doldurulmuştur. Bu ifadeler, kadınların doğum yöntemlerine ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarını öğrenmek üzere hazırlanan bu ifadeler, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur.

S1: Sezaryen modern bir yöntem, normal doğum eski/ modası geçmiş bir yöntemdir

S2: Sezaryen, normalden ziyade anormal gebelikler de uygulanan cerrahi bir işlemdir

S3: Anne ve bebek için, sezaryen ile yapılan doğum, normal doğumdan daha güvenlidir

S4: Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır

S5: İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır

S6: Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer

S7: Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar

S8: Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır

S9: Her kadın normal doğum yapma potansiyeline sahiptir.

S10: Bir kadının vajinası doğum için değil seksüel aktiviteler için yaratılmıştır

S11: Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma göre tercih etmektedir

S12: Doğum yöntemini seçmek doktora bırakılmalıdır

S13: Tıbbi endikasyon (anne ve bebek sağlığı için sezaryeni gerektirecek bir durum) yoksa normal doğum seçilmelidir.

S14: Doğum öncesi eğitim almış olmak normal doğum yöntemini seçmede etkili olmaktadır

S15: Doğum öncesi eğitim programını hemşire/ ebeden almak isterim
S16: Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır.

3.4.2. Hasta Onay Formu (Ek:2)

Hastaların araştırmaya katılma durumlarını belirlemek ve kendilerinden yazılı izin almak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma süresince araştırma kapsamına alınan tüm hastalardan yazılı onay alınmıştır.

3.4.3. Hasta Bilgilendirme Formu (Ek:3)

Hastayı araştırma içeriği konusunda bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

3.5. VERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11,5 programı kullanılmıştır.

Araştırmada veri değerlendirilirken sosyo demografik özelliklerin yüzdelik dağılımları, doğum yöntemleri ile sosyo demografik ve obstetrik özelliklerin ve doğum yöntemi tercihlerinin karşılaştırılmasında Ki- Kare testi, 16 tane hazırlanmış ifade içeren doğum yöntemlerine ilişkin görüşler ile sosyo demografik ve obstetrik özellikler arasında Anova kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir

3.6. ARAŞTIRMA SÜRECİNDE KARŞILAŞILAN DURUMLAR

Olumlu durumlar olarak, kadınların araştırmaya ilgi göstermesi, araştırmanın yapıldığı hastanede, hastane yönetiminin ve servislerde çalışan sağlık personelinin araştırmayı desteklemeleri ve yardımcı olmalarıdır.

Olumsuz durumlar olarak, araştırmaya bazı hastaların katılmada isteksiz olması, zaman darlığı sayılabilir.

4. BULGULAR

Bu çalışma, doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma 30.09.2006-31.03.2007 tarihleri arasında VKV Amerikan Hastanesinde SCA ve NSD ile doğum yapıp araştırmayı kabul eden 600 kadın üzerinde yapılmıştır.

Bulgular 3 bölümde ele alınmıştır.

1.Olguların sosyo-demografik ve doğum yöntemlerine ilişkin bulgular,

2.Olguların doğum yöntemine göre tercihlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

3.Olguların doğum yöntemlerine ilişkin hazırlanmış ifadelere katılma durumları ile demografik özellikler ve obstetrik özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1 OLGULARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DOĞUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde olguların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, doğum yeri, doğum yöntemi, anestezi şekli, gebelik sayısı, çocuk sayısı, doğum öncesi eğitim alma durumu, IVF gebelik olma durumuna göre dağılımları yer almaktadır.

SCA'nın tıbbi ve kişisel nedenleri, NSD'yi seçme nedenleri, doğum yöntemine karar verme zamanı, NSD ve SCA ile ilgili yaşanılan sorunlar, planlanan doğum yöntemi doğumda değişme durumu ve planlanan doğum yöntemi doğumda değişenlerin hissettikleri, SCA'yı ve NSD'yi tavsiye etmeme nedenleri ve dağılımları yer almaktadır.

SCA ve NSD yöntemlerinin yaş, eğitim durumu, doğum yeri, gelir düzeyi, çalışma durumu, çocuk sayısı, gebelik sayısı, anestezi türü, IVF gebeliği olma durumu, ebeveynliğe hazırlık kursuna katılma durumuna göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

Tablo 1: Olguların Yaş Durumu

Yaş	n	%
20–25	20	3,3
26–31	236	39,3
32–37	281	46,8
38–43	61	10,2
44–49	2	0,3
Toplam	600	100,0
Yaş Ortalaması	**Ortalama**	**±SD**
	32,28	4,08

Tablo 1 de olguların yaş ortalaması ve standart sapması yer almaktadır. Olguların yaş ortalaması X= 32,28 ± 4,084'dir. Olguların %46,8'i (281) 32–37, %39,3'ü (236) 26–31, %10,2'si (61) 38–43, %3,3'ü (20) 20–25, %0,3'ü (2) 44–49 yaş arasındadır.

Tablo 2: Olguların Sosyo-demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	n	%
Eğitim Durumu		
İlkokul	8	1,3
Ortaokul	4	0,7
Lise	91	15,2
Üniversite	407	67,8
Yüksek Lisans	74	12,3
Doktora ve üzeri	16	2,7
Gelir Düzeyi Algısı		
Geliri Giderinden Fazla	90	15,0
Geliri Giderinden Az	35	5,8
Geliri Giderini Karşılıyor	312	52,0
Çalışmıyor	163	27,2
Toplam	600	100,0

Tablo 2'de çalışmadaki olguların eğitim durumu ve gelir düzeyine göre dağılımları yer almaktadır.

Olguların %62,5'i (375) Marmara Bölgesi'nde, %10,8'i (65) İç Anadolu Bölgesi'nde, %8,0'i (48) Yurtdışı'nda, %4,8'i (29) Karadeniz Bölgesi'nde, %4,0'ü (24) Ege Bölgesi'nde,

%3,5'i (21) Akdeniz Bölgesi'nde, %3,2'si (19) Doğu Anadolu Bölgesi'nde, %3,2'si (19) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde doğmuştur. %67,8'i (407) üniversite, %15,2'si (91) lise, %12,3'ü (74) yüksek lisans, %2,7'si (16) doktora ve üzeri, %1,3'ü (8) ilkokul, %0,7'si (4) ortaokul mezunudur. %27,2'si (163) çalışmamaktadır. Çalışan 437 olgudan %52,0'sinin (312) geliri giderini karşılıyor, %15,0'inin (90) geliri giderinden fazla, %5,8'inin (35) geliri giderinden azdır.

Tablo 3: Olguların Doğum Yöntemleri ve Anestezi Şekilleri

Doğum Yöntemleri ve Anestezi Şekilleri	**n**	**%**
Doğum Yöntemi		
SCA	497	82,8
NSD	4	0,7
NSD+epizyotomi	99	16,5
Anestezi Şekli		
Epidural	432	72,0
Genel	152	25,3
Anestezi Yok	16	2,7
Doğum Yöntemi ve Anestezi		
Genel SCA	152	25,3
Epidural SCA	345	57,5
Epidural NSD	87	14,5
Anestezisiz NSD	16	2,6
Toplam	600	100,0

Tablo 3'de çalışmadaki olguların doğum yöntemi ve anestezi şekline göre dağılımları yer almaktadır.

Olguların %82,8'i (497) SCA, %16,5'i (99) NSD+epizyotomi, %0,7'si (4) NSD yapmıştır. %72,0'si (432) epidural anestezi, %25,3'ü (152) genel anestezi, %2,7'si (16) anestezi almadan doğum yapmışlardır. %25,3'ü (152) genel anestezi, %57,5'i (345) epidural anestezi alarak SCA olmuştur. %14,5'i (87) epidural anestezi, %2,6'sı (16) anestezi almadan NSD olmuştur.

Olguların %55,2'sinin (331) ilk gebeliği, %30,3'ünün (182) ikinci gebeliği, %10,2'sinin (61) üçüncü gebeliği, %2,8'inin (17) dördüncü gebeliği, %0,8'inin (5) beşinci

gebeliği, %0,7'inin (4) altıncı gebeliğidir. %71,5'inin (429) bir çocuğu, %26,8'inin (161) iki çocuğu, %1,7'sinin (10) üç çocuğu vardır. %11,7'sinin (70) gebeliği IVF yöntemi ile gerçekleşmiştir. %16,7'si (100) doğum öncesi eğitim almış, %83,3'ü (500) almamıştır

Tablo 4: Olguların Doğum Yöntemine Göre Yaş Ortalamaları

	SCA		NSD		t	p
	Ortalama	**±SD**	**Ortalama**	**±SD**		
Yaş	32,50	4,177	31,19	3,422	1.31	**0.001**

t testi

Tablo 4'te doğum yöntemine göre yaş ortalamaları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

SCA olan olguların yaş ortalaması X: 32,50 ± 4,177, NSD yapan olguların ise X: 31,19 ± 3,4222dir. SCA olan olguların yaş ortalaması NSD olan olguların yaş ortalamasından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 5: Doğum Yöntemi ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

	SCA (n:497)		NSD (n:103)		X^2	p
	n	%	n	%		
Yaş						
20–25	17	3,4	3	2,9		
26–31	186	37,4	50	48,5		
32–37	237	47,7	44	42,7		
38–43	55	11,1	6	5,8	5,917	0,205
44–49	2	0,4	0	0,0		
Eğitim Durumu						
İlkokul	6	1.2	2	1,9		
Ortaokul	4	0,8	0	0,0		
Lise	78	15,7	13	12,6		
Üniversite	336	67,6	71	68,9		
Yüksek Lisans	57	11,5	17	16,5	6,480	0,166
Doktora ve üzeri	16	3,2	0	0,0		
Gelir Düzeyi Algısı						
Geliri Giderinden Az	74	30,7	16	20,0		
Geliri Giderinden Fazla	30	8,4	5	6,3	0,471	0,790
Geliri Giderini Karşılıyor	253	70,9	59	73,8		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	354	71,2	80	77,7		
Çalışmıyor	143	28,8	23	22,3	1,770	0,183
Toplam	497	100,0	103	100,0		

x^2 = ki kare testi

Tablo 5'de SCA ve NSD yöntemlerinin yaş, eğitim durumu, doğum yeri, gelir düzeyi ve çalışma durumlarına göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

Sezaryen olan olguların %47,7'si (237) 32–37, %37,4'ü (186) 26–31, %11,1'i (55) 38–43, %3,4'ü (17) 20–25, %0,4'ü (2) 44–49 yaş arasındadır. %67,6'sı (336) üniversite, %15,7'si (78) lise, %11,5'i (57) yüksek lisans, %3,2'si (16) doktora ve üzeri, %1,2'si (6) ilkokul, %0,8'i (4) ortaokul mezunudur. %62,4'ü (310) Marmara Bölgesi'nde, %10,7'si (53) İç Anadolu Bölgesi'nde, %7,6'sı (38) Yurtdışı'nda, %5,2'si (26) Karadeniz Bölgesi'nde, %4,0'ü (20) Akdeniz Bölgesi'nde, %3,6'sı (18) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, %3,4'ü (17) Ege Bölgesi'nde, %3'ü (15) Doğu Anadolu Bölgesi'nde doğmuştur. %71,2'si (354) çalışmakta, %28,8'i (143) çalışmamaktadır. Çalışan olguların %70,9'unun (253) geliri giderini karşılıyor, %30,7'sinin (74) geliri giderinden az, %8,4'ünün (30) geliri giderinden fazladır.

NSD yapan olguların %48,5'i (50) 26–31, %42,7'si (44) 32–37, %5,8'i (6) 38–43, %2,9'u (3) 20–25 yaş arasındadır. %68,9'u (71) üniversite, %16,5'i (17) yüksek lisans, %12,6'sı (13) lise, %1,9'sı (2) ilkokul mezunudur. %63,1'i (65) Marmara Bölgesi'nde, %11,7'si (12) İç Anadolu Bölgesi'nde, %9,7'si (10) Yurtdışı'nda, %6,8'i (7) Ege Bölgesi'nde, %3,9'u (4) Doğu Anadolu Bölgesi'nde, %2,9'u (3) Karadeniz Bölgesi'nde, %1,0'i (1) Akdeniz Bölgesi'nde, %1,0'i (1) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde doğmuştur. %77,7'si (80) çalışmakta, %22,3'ü (23) çalışmamaktadır. Çalışan olguların %73,8'inin (59) geliri giderini karşılıyor, %20,0'sinin (16) geliri giderinden az, %6,3'ünün (5) geliri giderinden fazladır.

Yaş (X^2=5,917, p=0,205), eğitim durumu (X^2=6,480, p=0,166), doğum yeri (X^2=8,285, p=0,308), gelir düzeyi (X^2=0,471, p=0,790), çalışma durumu (X^2=1,770, p=0,183) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6: Olguların Doğum Yöntemi ile Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	SCA(n:497)		NSD(n:103)		X^2	p
	n	%	n	%		
Anestezi Türü						
Epidural	345	69,4	87	84,5		
Genel	152	30,6	0	0,0	111,389	**0,000**
Anestezi Yok	0	0,0	16	15,5		
IVF Gebelik						
IVF Gebelik	67	13,5	3	2,9		
IVF Gebelik Değil	430	86,5	100	97,1	9,247	**0,002**
Ebeveynliğe Hazırlık Kursu						
Katılmış	78	15,7	22	21,4		
Katılmamış	419	84,3	82	78,6	1,971	0,160
Toplam	497	100,0	103	100,0		

x^2 = ki kare testi

Tablo 6'da SCA ve NSD yöntemlerinin anestezi türü, IVF gebeliği olma durumu, ebeveynliğe hazırlık kursuna katılma durumuna göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

Sezaryen olan olguların %69,4'ü (345) epidural anestezi, %30,6'sı (152) genel anestezi ile olmuştur. %71,8'inin (357) ilk çocuğu, %26,6'sının (132) ikinci çocuğu, %1,6'sının (8) üçüncü çocuğudur. %54,9'unun (273) ilk gebeliği, %30,0'unun (149) ikinci gebeliği, %10,1'inin (50) üçüncü gebeliği, %3,2'sinin (16) dördüncü gebeliği, %1,0'inin (5) beşinci gebeliği, %0,8'inin (4) altıncı gebeliğidir. 497 SCA olgusundan %13,5'inin (67) gebeliği IVF yöntemi ile gerçekleşmiştir. %15,7'si (78) doğum öncesi eğitim programına katılmış, %84,3'ü (419) katılmamıştır.

Olguların tümü düzenli antenatal izlemlerini yaptırmıştır.

NSD yapan olguların %84,5'i (87) epidural anestezi ile %15,5'i (16) anestezi almadan doğum yapmışlardır. %69,9'unun (72) ilk çocuğu, %28,2'inin (29) ikinci çocuğu, %1,9'unun (2) üçüncü çocuğudur. %56,3'ünün (58) ilk gebeliği, %32'sinin (33) ikinci gebeliği, %10,7'sinin (11) üçüncü gebeliği, %1,0'inin (1) dördüncü gebeliğidir. 103 NSD olgusundan %2,9'unun (3) gebeliği IVF yöntemi ile gerçekleşmiştir. %21,4'si (22) doğum öncesi eğitim programına katılmış, %78,6'sı (82) katılmamıştır.

Çocuk sayısı (X^2=0,182, p=0,913), gebelik sayısı (X^2=3,568, p=0,613), ebeveynliğe hazırlık kursuna katılma durumu (X^2=1,971, p=0,160) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Anestezi türü (X^2=111,389, p=0,000) ve IVF gebeliği olma durumu (X^2=9,247, p=0,002) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 7: SCA'nın Tıbbi ve Kişisel Nedenleri

SCA Nedenleri	**n=497**	**%**
Tıbbi Nedenler	357	71,8
Kişisel Nedenler	140	28,1
Toplam	497	100,0
Tıbbi Nedenler	**n=357**	**%**
Eski SCA	67	18,7
Maternal Hastalık	64	17,9
Uzayan Travay	46	12,8
Prezentasyon Anomalisi	38	10,6
Fetal Nedenler	37	10,3
Çoğul Gebelik	33	9,2
Miad Geçmesi	25	7,0
Sefalopelvik Uyuşmazlık	16	4,4
Değerli Bebek (IVF)	14	3,9
Diğer (plasenta anomalileri, uterus rüptürü, preeklampsi, EDT, EMR)	17	4,7
Toplam	357	100,0
Kişisel Nedenler	**n=140**	**%**
Ağrı Korkusu	87	62,1
Güvenli Bulma	37	26,4
Diğer (zamanını belirleme isteği, sonraki cinsel yaşamını düşünme gibi...)	17	12,1
Toplam	140	100,0

Tablo 7'de SCA'nın tıbbi ve kişisel nedenleri yer almaktadır.

497 sezaryen olgusundan %71,8'i (357) tıbbi nedenler, %28,1'i (140) ise kişisel nedenler ile SCA olmuştur. 357 tıbbi nedenler arasında %18,5'i (67) eski SCA, %17,9'u (64) maternal hastalık, %12,8'i (46) uzayan travay, %10,6'sı (38) prezentasyon anomalisi, %10,3'ü (37) fetal nedenler, %9,2'si (33) çoğul gebelik, %7'si (25) miad geçmesi, %4,4'ü (16) sefalopelvik uyuşmazlık, %3,9'u (14) değerli bebek (IVF), %4,7'si (17) diğer (plasenta anomalileri, uterus rüptürü, preeklampsi, EDT, EMR) nedenler ile SCA olmuştur.

140 kişisel nedenler arasında %62,1'i (87) ağrı korkusu, %26,4'ü (37) güvenli bulma, %12,1'i (17) diğer (zamanını belirleme isteği, sonraki cinsel yaşam gibi) nedenler ile SCA olmuştur.

Olgular arasında SSVD'ye rastlanmamıştır.

Tablo 8: NSD'yi Seçme Nedenleri

NSD Nedenleri	n=103	%
Doğal	54	52,4
Sağlıklı	24	23,3
Doğum sonrası rahat olması	20	19,4
Diğer (doğum olayına aktif olarak katılmak, haberdar olmak gibi)	5	4,8
Toplam	103	100,0

Tablo 8'de NSD'yi seçme nedenleri yer almaktadır.

103 NSD olgusundan %52,4'ü (n:54) doğal, %23,3'ü (n:24) sağlıklı, %19,4'ü (n:20) doğum sonrası rahat olması, %4,8'i (n:5) diğer (doğum olayına aktif olarak katılmak, haberdar olmak gibi) nedenler ile NSD'yi seçmiştir.

Tablo 9: Olguların Doğum Yöntemine Karar Verilme Zamanı

Doğum Yöntemine Karar Verilme Zamanı	n=600	%
I. Trimester	324	54,0
II. Trimester	17	2,8
III. Trimester	144	24,0
Travayda	115	19,1
Toplam	600	100,0

Tablo 9'da doğum yöntemine karar verme zamanı yer almaktadır.

Olguların %54,0'ü (324) I. Trimesterde, %24,0'ü (144) III. Trimesterde, %19,1'i (115) travayda, %2,8'i (17) II. Trimesterde karar vermiştir.

Tablo 10: NSD İle ilgili Yaşanılan Sorunlar

NSD İle İlgili Yaşanılan Sorunlar	n=103	%
Sorunu yok	37	35,9
Doğum sancısı	21	20,3
Dikiş ağrısı	20	19,4
Doğum sürecinin uzun ve zor geçmesi	8	7,7
Doğum sancısı ve dikiş ağrısı	8	7,7
Diğer (korku, hemoroid, epidural kateterin yanlış takılması, idrar yapamama)	9	8,7
Toplam	103	100,0

Tablo 10'da NSD ile ilgili yaşanılan sorunlar yer almaktadır.

103 NSD olgusundan %20,3'ü (n:21) doğum sancısı, %19,4'ü (n:20) dikiş ağrısı, %7,7'si (n:8) doğum sancısı ve dikiş ağrısı, %7,7'si (n:8) doğum sürecinin uzun ve zor geçmesi, %8,7'si (n:9) diğer (korku, hemoroid, epidural kateterin yanlış takılması, idrar yapamama) nedenler ile ilgili sorunlar yaşamışlardır. Olgulardan %35,9'u (n:37) sıkıntı yaşamamıştır.

Tablo 11: Olguların SCA İle İlgili Yaşadığı Sorunlar

SCA İle İlgili Yaşanan Sorunlar	n=497	%
Dikiş ağrısı	210	42,2
Sorunu yok	109	21,9
Gaz ağrısı	72	14,4
Dikiş ve gaz ağrısı	63	12,6
Emzirme Zorlukları	9	1,8
Epidural kateterin verdiği ağrı ve rahatsızlıklar	9	1,8
Bel ağrısı	4	1,3
Diğer (tansiyon yüksekliği, baş ağrısı, kasık ağrısı, kabızlık, alerji, bulantı)	21	4,2
Toplam	497	100,0

Tablo 11'de SCA ile ilgili yaşanılan sorunlar yer almaktadır.

497 SCA olgusundan %42,2'si (210) dikiş ağrısı, %14,4'ü (n:72) gaz ağrısı, %12,6'sı (n:63) dikiş ve gaz ağrısı, %1,8'i (n:9) emzirme zorlukları, %1,8'i (n:9) epidural kateterin verdiği ağrı ve rahatsızlıklar, %1,3'ü (n:4) bel ağrısı, %4,2'si (n.21) diğer (tansiyon yüksekliği, baş ağrısı, kasık ağrısı, kabızlık, alerji, bulantı) nedenler ile ilgili sorunlar yaşamışlardır. Olgulardan %21,9 (109) sıkıntı yaşamamıştır.

SCA olan olgularda epidural analjezi 24 saat devam etmektedir. NSD olguların da ise doğumdan sonra hemen kapatılmaktadır. Olgulardan epidural anajjezi ile ilgili herhangi bir sorun iletilmemiştir.

Tablo 12: Olguların Planlanan Doğum Yönteminin Doğum anında Değişme Durumu ve Hissettikleri

Planlanan Doğum Yöntemi Doğumda Değişme Durumu	**n=600**	**%**
Değişti	111	18,5
Değişmedi	489	81,5
Toplam	600	100,0
Planlanan Doğum Yöntemi Değişenlerin Hissettikleri	**n=111**	**%**
Etkilenmemiş	48	43,2
Üzüntü	28	25,2
Sevinç	13	11,7
Hayal kırıklığı	7	6,3
Kendini hazır hissetmeme	6	5,4
Korku	2	1,8
Endişe	2	1,8
Diğer (stres, tedirginlik, panik, kusku, heyecan)	5	4,5
Toplam	111	100,0

Tablo 12' de olguların planlanan doğum yöntemi doğumda değişme durumu ve planlanan doğum yöntemi doğumda değişenlerin hissettikleri yer almaktadır.

600 olgudan %81,5'inin (489) planlanan doğum yöntemi doğumda değişmemiş, %18,5'inin (111) ise değişmiştir.

111 olgudan %25,2'si (n:28) üzüntü, %11,7'si (n:13) sevinç, %6,3'ü (n:7) hayal kırıklığı, %5,4'ü (n:6) kendini hazır hissetmeme, %1,8'i (n:2) korku, %1,8'i (n:2) endişe, %4,5 (n:5) diğer (stres, tedirginlik, panik, kuşku, heyecan) hissetmişlerdir. Olgulardan %43,2'si (n:48) ise etkilenmediğini ifade etmişlerdir.

Tablo 13: Olguların SCA'yı Tavsiye Etmeme Nedenleri

SCA'yı Tavsiye Etmeme Nedenleri	n=140	%
SCA Sonrasının Ağrılı Olması	55	39,2
NSD'nin Doğal Olması	54	38,5
NSD Sonrası Toparlanın Kolay Olması	15	10,7
NSD'nin Daha Sağlıklı Olması	10	7,1
Diğer (NSD'yi hissetmek)	6	4,2
Toplam	140	100,0

Tablo 13'de olguların SCA'yı tavsiye etmeme nedenleri yer almaktadır.

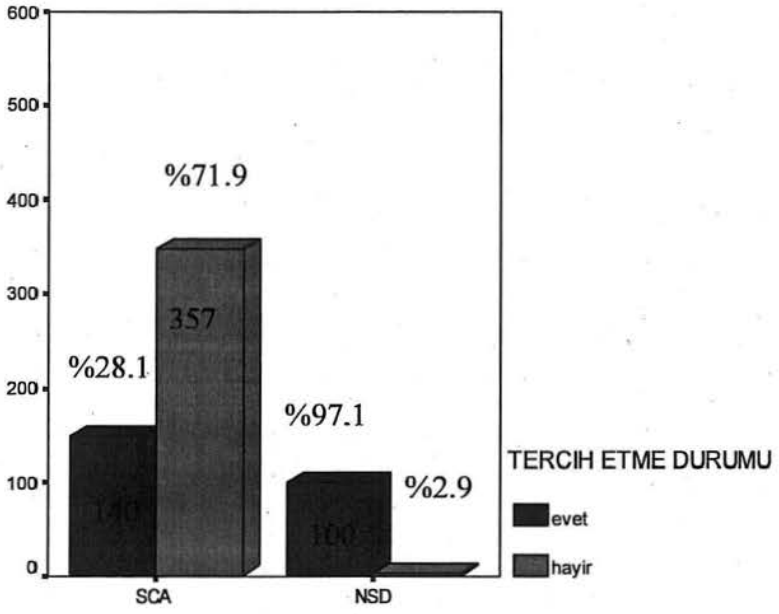
140 SCA olgusundan %39,2'si (n:55) SCA sonrası ağrılı olması, %38,5'i (n:54) NSD'nin doğal olması, %10,7'si (n:15) NSD sonrası toparlanmanın kolay olması, %7,1'i (n:10) NSD'nin daha sağlıklı olması, %4,2'si (n:6) diğer (NSD'yi hissetmek) nedenler ile tavsiye etmemektedir.

Olguların NSD'yi tavsiye etmeme nedenleri incelendiğinde; 7 NSD olgusunun %57,1'i (n:4) doğum sancısı, %28,5'i (n:2) doğum sürecinin uzun ve zor olması, %14,2'si (n:1) bebeğin boynuna kordon dolanmasından dolayı sıkıntı yaşanması nedeni ile tavsiye etmemektedir.

4.2 OLGULARIN DOĞUM YÖNTEMİNE GÖRE TERCİHLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde SCA ve NSD yapan olguların doğum yöntemlerini kendi tercih etme durumu, etrafındaki kadınlara tavsiye etme durumu ve tekrar doğum yaparlarsa aynı yöntemi tercih etme durumuna göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

Şekil 2: Olguların Doğum Yöntemini Kendi Tercih Etme Durumu



x^2 = ki kare testi

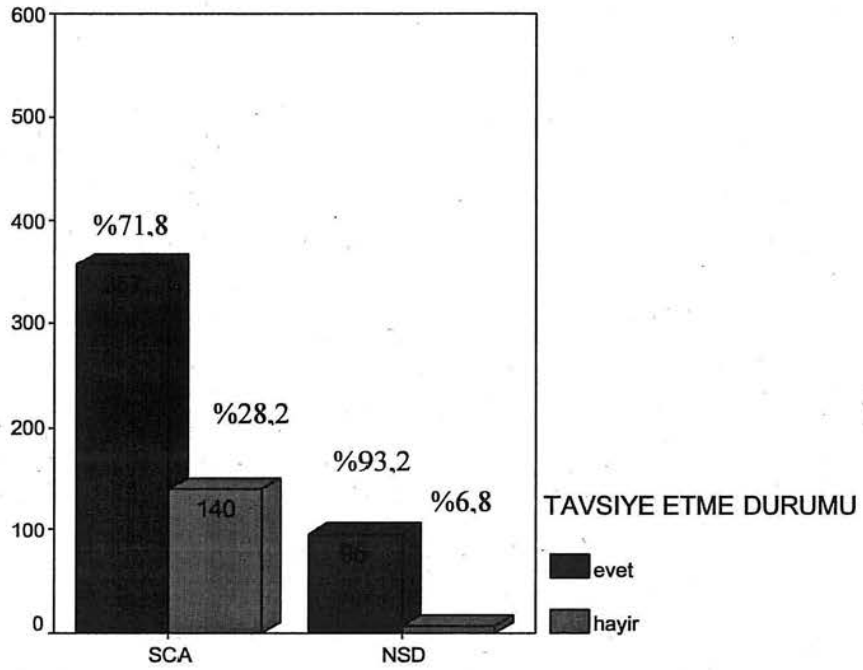
X^2=158,261 p=0,000

Şekil 2'de SCA ve NSD olan olguların kendi tercih etme durumuna göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

SCA olgularının %28,1'i (140) SCA'yı kendi tercih etmiş, %71,9'i (357) kendi tercih etmemiştir. NSD olgularının %97,1'i (100) NSD'yi kendi tercih etmiş, %2,9'u (n:3) kendi tercih etmemiştir (Şekil 2).

Doğum metodunu kendi tercih etme (X^2=158,261, p=0,000) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Şekil 3: Olguların Doğum Yöntemini Diğer Kadınlara Tavsiye Etme Durumu



x^2 = ki kare testi

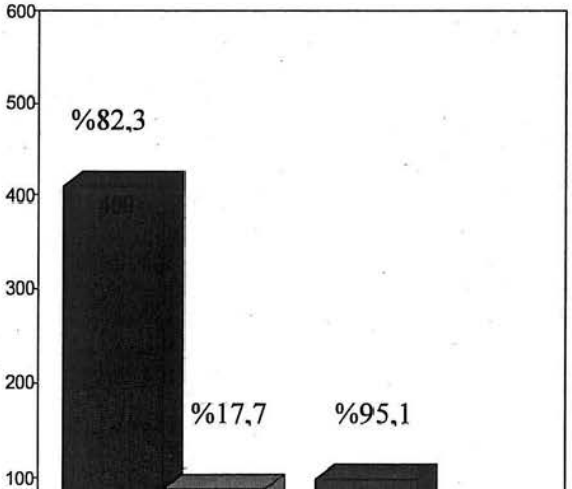
X^2=21,070 p=0,000

Şekil 3'de SCA ve NSD olan olguların diğer kadınlara tavsiye etme durumuna göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

SCA olgularının %71,8'i (357) SCA'yı diğer kadınlara tavsiye etmiş, %28,2'si (140) etmemiştir. NSD olgularının %93,2'si (96) NSD'yi diğer kadınlara tavsiye etmiş, %6,8'i (7) etmemiştir (Şekil 3).

Doğum metodunu diğer kadınlara tavsiye etme (X^2=21,070, p=0,000) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Şekil 4: Olguların Tekrar Doğum Yaparlarsa Aynı Metodu Tercih Etme Durumu



x^2 = ki kare testi

X^2=10,759 p=0,001

Şekil 4'te SCA ve NSD olan olguların tekrar doğum yaparlarsa aynı metodu tercih etme durumuna göre dağılımları yer almaktadır.

SCA olgularının %82,3'ü (409) tekrar doğum yaparlarsa SCA'yı tercih edecekler, %17,7'si (88) tercih etmeyeceklerdir. NSD olgularının %95,1'i (98) tekrar doğum yaparlarsa NSD'yi tercih edecekler, %4,9'u (5) tercih etmeyeceklerini bildirdi (Şekil 4).

Tekrar doğum yaparlarsa aynı yöntemi tercih etme durumu (X^2=10,759, p=0,001) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

Tablo 14: Olguların Doğum Yöntemlerini Tercih ve Tavsiye Etme Durumlarının İlişkisi

DOĞUM YÖNTEMİ TERCİHİ	DOĞUM YÖNTEMİ	DOĞUM YÖNTEMİ TAVSİYESİ			TOPLAM	x^2	P
			Tavsiye Edenler	Tavsiye Etmeyenler			
Kendi Tercih Edenler	SCA	n	132	17	149	108,587	0,000
		%	88,6	11,4	100,0		
	NSD	n	93	7	100		
		%	93,0	7,0	100,0		
Toplam		n	225	24	249		
		%	90,4	9,6	100,0		
Kendi Tercih Etmeyenler	SCA	n	225	123	348	37,669	0,000
		%	64,7	35,3	100,0		
	NSD	n	3	0	3		
		%	100,0	0,0	100,0		
Toplam		n	228	123			
		%	65,0	35,0			

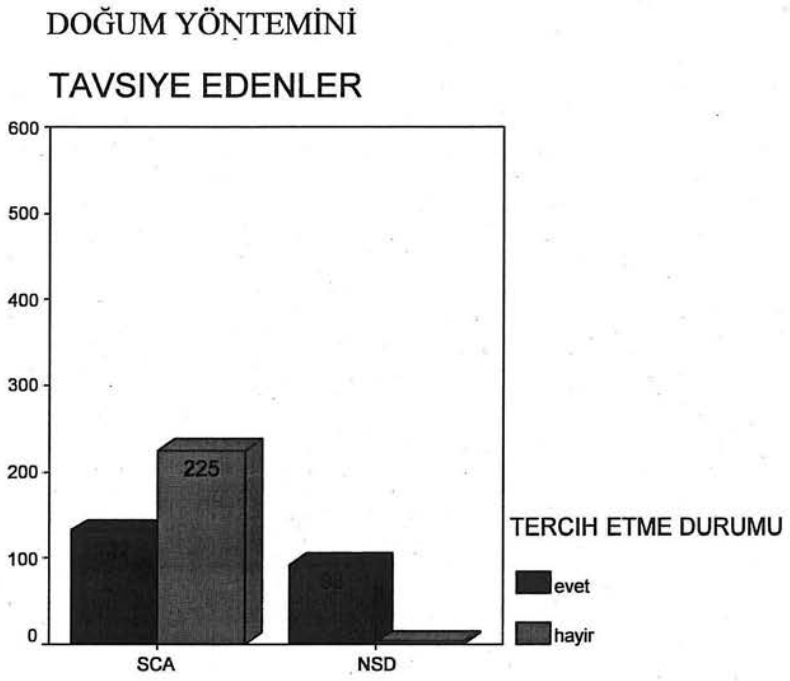
x^2 = ki kare testi

Tablo 14'de SCA ve NSD yöntemlerinin kendi tercih etme, etmeme durumu ve tavsiye etme, etmeme durumuna göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

Sezaryen olan olgulardan %88,6'sı (132) SCA'yı kendi tercih etmiş ve diğer kadınlara tavsiye etmektedir. 64,7'si ise (225) SCA'yı kendi tercih etmemiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %11,4'ü (17) SCA'yı kendi tercih etmiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmemektedir. %35,3'ü (123) SCA'yı kendi tercih etmemiş ve diğer kadınlara tavsiye etmemektedirler.

NSD yapan olgulardan %93'ü (n:93) NSD'yi kendi tercih etmiş ve diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %100'ü (n:3) ise NSD'yi kendi tercih etmemiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %7'si (n:7) NSD'yi kendi tercih etmiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmemektedir. NSD yapan olguların arasında kendi tercih etmemiş ve diğer kadınlara tavsiye etmeyen yoktur.

Şekil 5: Olguların Doğum Yöntemini Tavsiye Etme Durumu İle Kendi Tercih Etme Durumu



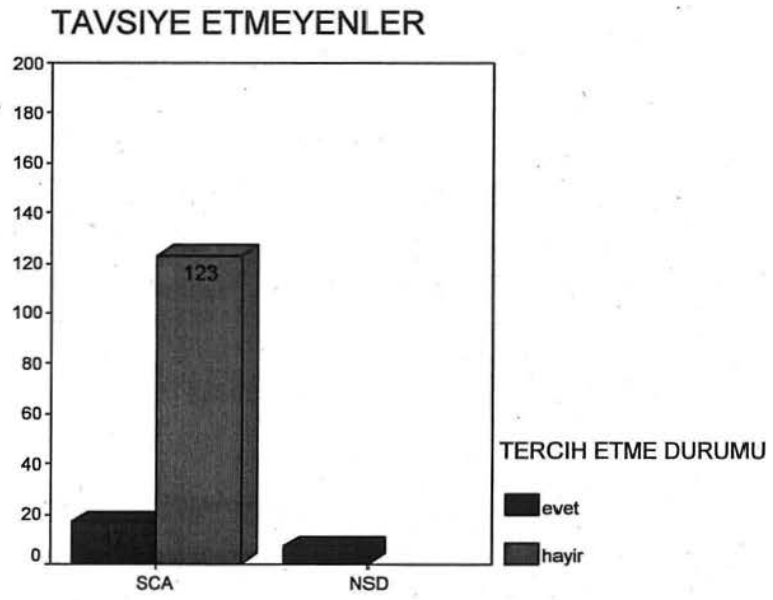
x^2 = ki kare testi

X^2=108,587, p=0,000

Şekil 5'te SCA ve NSD olan olguların doğum yöntemini tavsiye etme durumu ile kendi tercih etme durumuna göre dağılımları yer almaktadır.

SCA ve NSD yapan olgular da, kendi doğum metodunu diğer kadınlara tavsiye edenler ile doğum metodunu kendileri tercih edenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (X^2=108,587, p=0,000)

Şekil 6: Olguların Doğum Yöntemini Tavsiye Etmeme Durumu İle Kendi Tercih Etme Durumu



x^2 = ki kare testi

X^2=37,669, p=0,000

Şekil 6'da SCA ve NSD olan olguların doğum yöntemini tavsiye etmeme durumu ile kendi tercih etme durumuna göre dağılımları yer almaktadır

SCA ve NSD yapan olgular da, kendi doğum metodunu diğer kadınlara tavsiye etmeyenler ile doğum metodunu kendileri tercih edenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (X^2=37,669, p=0,000)

4.3 OLGULARIN DOĞUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN HAZIRLANMIŞ İFADELERE KATILMA DURUMLARI İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER İN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARI

Bu bölümde doğum yöntemlerine ilişkin hazırlanmış ifadelerin dağılımları, ifadeler ile yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, anestezi türü, doğum yöntemi, doğum öncesi eğitim alma durumuna göre dağılımları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır.

Tablo 15: Doğum Yöntemlerine İlişkin Hazırlanmış İfadelerin Dağılımları

İFADELER (n= 600) (%)	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
S1: Sezaryen modern bir yöntem, normal doğum eski/ modası geçmiş bir yöntemdir.	7	1,2	43	7,2	37	6,2	435	**72,5**	78	13,0
S2: Sezaryen, normalden ziyade anormal gebelikler de uygulanan cerrahi bir işlemdir.	30	5,0	334	**55,7**	29	4,8	199	33,2	8	1,3
S3: Anne ve bebek için, sezaryen ile yapılan doğum, normal doğumdan daha güvenlidir.	12	2,0	204	34,0	113	18,8	248	**41,3**	23	3,8
S4: Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır.	17	2,8	247	**41,2**	164	27,3	152	25,3	20	3,3
S5: İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır.	16	2,7	295	**49,2**	139	23,2	144	24,0	6	1,0
S6: Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun surer.	56	9,3	395	**65,8**	94	15,7	46	7,7	9	1,5
S7: Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar.	40	6,7	203	33,8	53	8,8	292	**48,7**	12	2,0
S8: Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır.	25	4,2	264	**44,0**	191	31,8	111	18,5	9	1,5

S9: Her kadın normal doğum yapma potansiyeline sahiptir.	32	5,3	298	**49,7**	50	8,3	207	34,5	13	2,2
S10: Bir kadının vajinası doğum için değil seksüel aktiviteler için yaratılmıştır.	4	0,7	14	2,3	21	3,5	498	**83,0**	63	10,5
S11: Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma göre tercih etmektedir.	11	1,8	291	**48,5**	93	15,5	198	33,0	7	1,2
S12: Doğum yöntemini seçmek doktora bırakılmalıdır.	18	3,0	245	40,8	52	8,7	273	**45,5**	12	2,0
S13: Tıbbi endikasyon (anne ve bebek sağlığı için sezaryeni gerektirecek bir durum) yoksa normal doğum seçilmelidir.	68	11,3	410	**68,3**	32	5,3	83	13,8	7	1,2
S14: Doğum öncesi eğitim almış olmak normal doğum yöntemini seçmede etkili olmaktadır.	21	3,5	309	**51,5**	135	22,5	131	21,8	4	0,7
S15: Doğum öncesi eğitim programını hemşire/ ebeden almak isterim.	14	2,3	455	**75,8**	81	13,5	47	7,8	3	0,5
S16: Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır.	87	14,5	491	**81,8**	13	2,2	6	1,5	3	0,5

Tablo 15'de yer alan ifadelerinin dağılımları yer almaktadır.

S1: "Sezaryen modern bir yöntem, normal doğum eski/ modası geçmiş bir yöntemdir" ifadesine %72,5'i (435) katılmamakta, %13'ü (78) kesinlikle katılmamakta, %7,2'si (43) ise katılmaktadır.

S2: "Sezaryen, normalden ziyade anormal gebelikler de uygulanan cerrahi bir işlemdir" ifadesine %55,7'si (334) katılmakta, %33,2'si (199) katılmamakta, %5,0'i (30) kesinlikle katılmaktadır.

S3: "Anne ve bebek için, sezaryen ile yapılan doğum, normal doğumdan daha güvenlidir" ifadesine %41,3'ü (248) katılmamakta, %34'ü (204) katılmakta, %18,8'i (113) kararsızdır.

S4: "Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine %41,2'si (247) katılmakta, %25,3'ü (152) katılmamakta, %27,3'ü (164) kararsızdır.

S5: "İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır" ifadesine %49,2'si (295) katılmakta, %24,0'ü (144) katılmamakta, %23,2'si (139) kararsızdır.

S6: "Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer" ifadesine %65,8'si (395) katılmakta, %15,7'si (94) kararsız, %9,3'ü (56) kesinlikle katılmakta, %7,7'si (46) katılmamaktadır.

S7: "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine %48,7'si (292) katılmamakta, %33,8'i (203) katılmakta, %8,8'i (53) kararsızdır.

S8: "Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır" ifadesine %44,0'ü (264) katılmakta, %31,8'i (191) kararsız, %18,5'i (111) katılmamaktadır.

S9: "Her kadın normal doğum yapma potansiyeline sahiptir" ifadesine %49,7'si (298) katılmakta, %34,5'i (207) katılmamakta, %8,3'ü (50) kararsızdır.

S10: "Bir kadının vajinası doğum için değil seksüel aktiviteler için yaratılmıştır" ifadesine 498'i (%83) katılmamakta, 63'ü (%10,5) kesinlikle katılmamakta, 21'i (%3,5) kararsız, 14'ü (%2,3) katılmaktadır.

S11: "Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma göre tercih etmektedir" ifadesine %48,5'i (291) katılmakta, %33,0'ü (198) katılmamakta, %15,5'i (93) kararsızdır.

S12: "Doğum yöntemini seçmek doktora bırakılmalıdır" ifadesine %45,5'i (273) katılmamakta, %40,8'i (245) katılmakta, %8,7'si (52) kararsızdır.

S13: "Tıbbi endikasyon (anne ve bebek sağlığı için sezaryeni gerektirecek bir durum) yoksa normal doğum seçilmelidir" ifadesine %68,3'ü (410) katılmakta, %13,8'i (83) katılmamakta, %11,3'ü (68) kesinlikle katılmaktadır.

S14: "Doğum öncesi eğitim almış olmak normal doğum yöntemini seçmede etkili olmaktadır" ifadesine %51,5'i (309) katılmakta, %22,5'i (135) kararsız, %21,8'i (131) katılmamaktadır.

S15: "Doğum öncesi eğitim programını hemşire/ ebeden almak isterim" ifadesine %75,8'i (455) katılmakta, %13,5'i (81) kararsız, %7,8'i (47) katılmamaktadır.

S16: "Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır" ifadesine %81,8'i (491) katılmakta, %14,5'i (87) kesinlikle katılmakta, %2,2'si (13) kararsızdır.

Tablo 16: Doğum Yöntemlerine İlişkin Hazırlanmış İfadeler İle Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılması

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	*S16*
Yaş																
20–25	3,85	2,50	3,35	2,65	2,75	2,10	2,80	2,80	2,45	4,25	2,75	2,60	1,95	2,40	2,40	*1,85*
26–31	3,88	2,65	3,18	2,81	2,58	2,26	2,97	2,76	2,86	3,97	2,85	3,03	2,21	2,69	2,29	*1,93*
32–37	3,89	2,77	3,07	2,89	2,81	2,28	3,17	2,64	2,78	4,01	2,87	3,08	2,31	2,62	2,27	*1,88*
38–43	3,95	2,62	3,00	2,93	2,79	2,20	2,90	2,66	2,62	4,03	2,61	2,92	2,20	2,72	2,30	*2,00*
44–49	3,00	4,00	2,00	2,00	2,00	3,00	4,00	2,50	3,00	4,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	*2,00*
p[a]	0,5	0,1	0,1	0,3	**0,03**	0,5	0,07	0,5	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2	0,4	0,8	*0,4*
Eğitim Durumu																
İlkokul	3,88	2,00	3,25	2,75	2,50	2,00	2,25	2,88	2,50	4,00	3,00	2,63	2,00	2,25	2,00	*1,88*
Ortaokul	3,25	2,50	2,25	2,75	3,25	2,25	3,00	3,00	2,25	4,00	3,75	2,50	2,50	2,50	2,00	*2,00*
Lise	3,73	2,59	3,09	2,91	2,59	2,33	2,79	2,89	2,69	3,92	2,84	2,91	2,26	2,51	2,31	*2,03*
Üniversite	3,92	2,69	3,11	2,83	2,74	2,26	3,10	2,66	2,83	4,00	2,81	3,03	2,22	2,65	2,28	*1,89*
Yüksek Lisans	3,99	2,95	3,22	2,84	2,73	2,26	3,27	2,55	2,73	4,04	2,86	3,12	2,38	2,88	2,38	*1,89*
Doktora ve üzeri	3,69	2,81	2,94	3,13	2,75	2,19	2,94	2,75	2,75	4,25	2,88	3,56	2,44	2,56	2,13	*1,94*
p[a]	0,06	0,09	0,4	0,8	0,5	0,8	**0,01**	0,1	0,6	0,3	0,5	0,1	0,5	0,09	0,4	*0,2*

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	*S16*
Gelir Düzeyi																
Geliri Giderinden Fazla	3,83	2,82	3,16	3,00	2,57	2,34	3,18	2,62	2,76	4,03	2,87	3,13	2,42	2,70	2,26	*1,79*
Geliri Giderinden Az	3,97	2,46	3,40	3,31	2,77	2,17	2,74	3,00	2,86	4,11	2,63	2,83	1,89	2,34	2,23	*1,86*
Geliri Giderini Karşılıyor	3,90	2,68	3,08	2,79	2,79	2,25	3,08	2,64	2,83	3,98	2,87	3,03	2,23	2,70	2,29	*1,94*
p[a]	0,6	0,1	0,1	**0,003**	0,1	0,4	0,1	0,06	0,8	0,3	0,3	0,3	**0,009**	0,06	0,8	***0,02***
Çalışma Durumu																
Çalışıyor	3,89	2,69	3,13	2,87	2,74	2,26	3,07	2,66	2,82	4,00	2,85	3,03	2,24	2,67	2,27	*1,90*
Çalışmıyor	3,89	2,74	3,07	2,80	2,64	2,27	3,01	2,77	2,70	4,01	2,80	3,02	2,28	2,58	2,31	*1,94*
p[b]	0,9	0,5	0,5	0,4	0,2	0,8	0,5	0,2	0,2	0,9	0,5	0,9	0,6	0,2	0,4	*0,3*
t Değeri	0,08	-0,57	0,67	0,81	1,19	-0,18	0,6	-1,2	1,16	-0,07	0,5	0,12	-0,4	1,07	-0,6	*-0,8*

[a] anova p<0,05
[b] t testi p<0,05

Tablo 16'da ifadeler ile sosyo-demografik ve obstetrik özellikler arasındaki istatistiksel ilişkiler yer almaktadır.

"İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır" ifadesine 32–37 yaş arasındakiler, 26–31 yaş arasındakilere oranla daha çok katılmaktadırlar. (anova p=0,03)

Eğitim düzeyi açısından "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine en çok katılım sırasıyla yüksek lisans mezunu, üniversite mezunu, ortaokul mezunu, doktora ve üzeri, lise mezunu ve ilkokul mezunu olarak sıralanmaktadır (anova p=0,01)

"Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla geliri giderinden az olanlar, geliri giderinden fazla olanlar ve geliri giderine eşit olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,003)

"Tıbbi endikasyon (anne ve bebek sağlığı için sezaryeni gerektirecek bir durum) yoksa normal doğum seçilmelidir." ifadesine en çok katılım sırasıyla geliri giderinden fazla olanlar, geliri giderine eşit olanlar ve geliri giderinden az olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,009)

"Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır." ifadesine en çok katılım sırasıyla geliri giderine eşit olanlar, geliri giderinden az olanlar ve geliri giderinden fazla olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,02)

Tablo 17: Doğum Yöntemlerine İlişkin Hazırlanmış İfadeler ve Doğum Özelliklerinin Karşılaştırılması

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	*S16*
Anestezi Türü																
Epidural	3,93	2,68	3,19	2,90	2,73	2,23	3,07	2,73	2,81	4,01	2,82	2,98	2,19	2,65	2,29	*1,92*
Genel	3,73	2,82	2,80	2,64	2,66	2,38	3,14	2,55	2,80	3,96	2,82	3,11	2,47	2,65	2,27	*1,88*
Anestezi Yok	4,44	2,25	4,00	3,50	2,94	2,06	1,81	2,94	2,06	4,19	3,25	3,44	1,94	2,56	2,31	*2,00*
p[a]	**0,00**	0,07	**0,00**	**0,00**	0,4	0,08	**0,00**	**0,03**	**0,02**	0,2	0,2	0,1	**0,001**	0,9	0,9	*0,5*
Doğum Yöntemi																
Epidural SCA	3,86	2,76	3,02	2,81	2,70	2,31	3,32	2,69	2,89	4,00	2,75	2,95	2,29	2,70	2,32	*1,95*
Genel SCA	3,73	2,82	2,81	2,66	2,66	2,36	3,14	2,55	2,79	3,95	2,83	3,11	2,47	2,66	2,26	*1,87*
NSD	4,22	2,34	3,85	3,29	2,84	1,94	2,05	2,89	2,43	4,10	3,10	3,15	1,82	2,43	2,19	*1,84*
p[a]	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	0,2	**0,00**	**0,00**	**0,009**	**0,00**	0,1	**0,006**	0,1	**0,00**	**0,019**	0,1	*0,07*
Ebeveynliğe Hazırlık Kursu																
Katılmış	3,99	2,53	3,27	2,93	2,78	2,22	3,09	2,71	2,78	4,03	2,75	3,06	2,14	2,53	2,23	*1,85*
Katılmamış	3,87	2,74	3,08	2,84	2,70	2,27	3,05	2,69	2,79	4,00	2,85	3,02	2,27	2,67	2,29	*1,92*
p[b]	0,1	0,055	0,07	0,3	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9	0,5	0,3	0,7	0,1	0,2	0,3	*0,1*
t Değeri	1,4	-1,8	1,7	0,9	0,7	-0,5	0,3	0,2	-0,05	0,5	-0,9	0,3	-1,4	-1,4	-0,8	*-1,3*

[a] **anova p<0,05**

[b] **t testi p<0,05**

Tablo 17'de doğum yöntemlerine ilişkin hazırlanmış ifadeler ve doğum özellikleri arasındaki istatistiksel ilişkiler yer almaktadır.

"Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve genel anestezi ile SCA olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,000)

"Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer" ifadesine en çok katılım sırasıyla genel anestezi ile SCA olanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve NSD yapanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,000)

"Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine en çok katılım sırasıyla epidural anestezi ile SCA olanlar, genel anestezi ile SCA olanlar ve NSD yapanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,000)

"Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır" " ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve genel anestezi ile SCA olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,009)

"Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma göre tercih etmektedir" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, genel anestezi ile SCA olanlar ve epidural anestezi ile SCA olarak sıralanmaktadır (anova p=0,006)

"Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla doğumunda anestezi almayanlar, epidural anestezi alanlar ve genel anestezi alanlar olarak sıralanmaktadır (anova p=0,000)

"Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine en çok katılım sırasıyla doğumunda genel anestezi alanlar, epidural anestezi alanlar ve anestezi almayanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,000)

"Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır" ifadesine en çok katılım sırasıyla doğumunda anestezi almayanlar, epidural anestezi alanlar ve genel anestezi alanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,03)

5. TARTIŞMA

Dünyada sezaryen oranı giderek yükselmeye devam etmektedir (Villar ve ark. 2006; Terhaar M 2005; Gamble ve Creedy 2000; Kiran ve Jayawickrama 2000). Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Merkezi ve Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin raporuna göre sezaryen oranı 1970'de %5,5, ilk doğumu sezaryen olma oranı %4,2'dir. Bu oran yükselerek 1993'te %22,8, ilk doğumu sezaryen olma oranı 6,3'tür ve 2003'te bu oran %26'ya yükselmiştir. Bunun anlamı her 20 doğumda oran 1 iken, şu anda her 4 doğumdan 1'i sezaryendir (Terhaar M 2005). Bu oran Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerdiği %15 SCA oranından oldukça yüksektir (Anderson GM 2004; Terhaar M 2005; Hopkins ve Amaral 2006; Wang ve ark. 2006).

Ülkemize baktığımızda, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003) raporuna göre Türkiye'de araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21'inin sezaryen ile dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu oran, 1998'den (%14) bu yana sezaryenle yapılan doğumlarda %7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır

Bu artışın en önemli nedenlerinden biri ise maternal istek ile elektif sezaryen olmasıdır. Birçok gebe doğum ve doğum sürecindeki yaşananlardan , çocuğun doğumundaki ağrılardan, doğmamış çocuğun güvenliğinden endişe duyma sezaryeni daha çekici kılan seçeneklerdir (Hannah M 2004; Terhaar M 2005; Hopkins ve Amaral 2006).

Bazı tıbbi endikasyon ya da doğum olmadan maternal istek ile sezaryen doğum Amerika da 2001 de tüm doğumların %1,9 dan 2003 te %2,6 ya yükselmiştir. Kanada da 1994–1995 de %18 den 2000–2001 de %22,1 e yükselmiştir (NIH State-of-the-Science Conference 2006)

Araştırma, sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Tartışma 3 bölümde ele alınmıştır.

1.Olguların sosyo-demografik ve doğum yöntemlerine ilişkin bulguların tartışılması,

2.Olguların doğum yöntemine göre tercihlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,

3.Olguların doğum yöntemlerine ilişkin hazırlanmış ifadelere katılma durumları ile demografik özellikler ve obstetrik özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

5.1. OLGULARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE DOĞUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde olguların yaş, eğitim durumu, doğum yeri, gelir düzeyi, doğum yöntemi, anestezi şekli, gebelik sayısı, çocuk sayısı, doğum öncesi eğitim alma durumu, IVF gebelik olma durumlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

SCA'nın tıbbi ve kişisel nedenleri, NSD'yi seçme nedenleri, doğum yöntemine karar verme zamanı, NSD ve SCA ile ilgili yaşanılan sorunlar, planlanan doğum yönteminin doğumda değişme durumu ve planlanan doğum yöntemi doğumda değişenlerin hissettikleri, SCA'yı ve NSD'yi tavsiye etmeme nedenlerine ilişkin bulgular literatürle tartışılmıştır.

SCA ve NSD yapan olguların doğum yöntemleri ile doğum yeri, eğitim durumu, yaş, gelir düzeyi, doğum yöntemi, anestezi şekli, gebelik sayısı, çocuk sayısı, doğum öncesi eğitim alma durumu, IVF gebeliği olma durumlarına ilişkin bulguların tartışması yer almıştır

Araştırma kapsamında yer alan olguların yaş ortalaması X=32,28 ± 4,084, 32–37 yaş arasındaki oran %46,8'dir. TNSA 2003 verilerine göre doğurganlık hızı 30–34 yaşları arasında doğum yapan kadınlarda %17, daha genç yaşlarda (20–24) doğum yapan kadınlarda ise %30'dur (Tablo 1).

Güngör ve arkadaşları (2004) İstanbul'da bir üniversite hastanesinde 112 sezaryen doğum yapan kadınların doğuma ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın yaş ortalaması 30'dur. Şahin ve arkadaşları (2007), özel bir hastane örnekleminde, 91 kadının doğum yöntemlerine ilişkin görüşlerini belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmanın yaş ortalaması 31,2'dir. Özcan ve Kulakaç (2007) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen olan 152 kadın üzerinde sezaryen hakkındaki bilgi düzeylerini ölçtükleri araştırmanın yaş ortalaması 28,5'dir. Güney Kore'de Lee ve arkadaşlarının (2004) 550 kadın üzerinde, kadınların doğum yöntemlerine olan tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmadaki 30–39 yaşları arasında kadınların oranı %38,8'dir. Singapur da Chong ve Mongelli (2003) National University Hospital antenatal kliniğine devam eden 160 gebe kadın üzerinde yaptığı çalışmada cevaplayanların %50 si Çinli %20 si Hindistanlı,%21 Malayalı,%2 si beyaz ırk ve %9,2 si diğer milletlerden olan grubun yaş ortalaması 31'dir.

Kadının yaşının ileri olması SCA oranının yükselmesindeki önemli bir faktördür (Scott ve ark. 1997 p 563; Cunningham FG ve ark. 2001 p 539; Kiran ve Jayawickrama 2002; Berkman S 2004 p 64; Franzcog ve ark 2004; Günalp ve Tuncer 2004 p 168; Lin ve ark 2004; Walker ve ark 2004; NIH State-of-the-Science Conference 2006).

Genelde geç yaş doğumların artması, özelde çalışmanın yapıldığı kurumun özel hastane olması ve kadınların sosyo-kültürel düzeylerinin yüksek olması nedeniyle yaş ortalaması daha yüksektir. Çalışmadaki yaş ortalaması Şahin ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu, devlet hastanelerinden ise yüksektir.

Yurtdışında da geç doğumlarda artma görülmektedir. Çalışmadaki yaş ortalaması, yurtdışındaki diğer hastanelerde yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olguların %67,8'i üniversite mezunudur. TNSA 2003 verilerine göre 30–34 yaşları arasında doğum yapan kadınların %26,9'u lise mezunu ve üzeridir (Tablo 2).

Türkiye'de Şahin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında %61,5'i üniversite mezunudur. Özcan ve Kulakaç (2007) çalışmasında %37,5'i ise yüksek eğitimlidir. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %67,9'u lise ve üniversite mezunudur. Yaramış ve arkadaşlarının (2007) Nevşehir Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde 336 kadın üzerinde doğum şekilleri ve nedenlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada %69,7'si ilkokul mezunudur. Sözeri ve arkadaşlarının (2007) Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde 189 kadın üzerinde doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada %61,4'ü ilkokul mezunudur. Lee ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %36,4'ü yüksek eğitimli, %52,5'i lise mezunudur. Chong ve Mongelli (2003) çalışmasında %39'u yüksek eğitimliydi.

Çalışmanın yapıldığı kurumun özel hastane olması ve kadınların sosyo-kültürel durumlarının yüksek olması nedeni ile olguların %67,8'i üniversite mezunudur. Çalışmadaki eğitim düzeyi diğer özel hastanelerle ve yurtdışındaki hastanelerle uyumlu, devlet hastanelerinden ise yüksektir.

Araştırma kapsamında yer alan olguların %72,8'i çalışmaktadır. Şahin ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında %54,9'u, Özcan ve Kulakaç (2007) araştırmasında %30,9'u, Güney Kore'de Lee ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında %13,9'u çalışmaktadır (Tablo 2).

Çalışmadaki olguların büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olması nedeniyle gelir düzeyleri daha yüksektir, dolayısıyla da olguların çalışma durumu diğer çalışmalara göre yüksektir.

SCA, obstetrik ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir, çünkü gerek anne gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri vardır. Buna karşılık, uygulamadaki spesifik endikasyonlarda önemli değişiklikler olmuştur. Önceleri amaç, engellenmiş eylemdeki annenin kurtarılmasıyken, giderek, fetusun fazla belirgin olmayan bazı tehlikelerden kurtarılmasını da kapsamına almıştır. SCA nın yükselen oranları, doktorları ve toplumu tedirgin etmektedir (Scott ve ark. 1997 p 563).

Araştırma kapsamında yer alan olguların % 82,8'i SCA, %17,2'si NSD olmuştur (Tablo 3).

TNSA 2003 verilerine göre 30–34 yaş grubu kadınların %30'u, 25–29 yaş grubu kadınların %28'i 20 yaşından önce anne olmuşlardır. Türkiye'de araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21'inin sezaryen ile dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu oran, 1998'den (%14) bu yana sezaryenle yapılan doğumlarda %7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Daha ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitimli kadınlar arasında doğumların SCA yapılması daha yaygındır.

Şahin ve arkadaşlarının (2007) özel hastane örnekleminde yaptıkları çalışmada olguların %84,6'sı SCA, %15,4 NSD, Sayıner ve arkadaşlarının (2007) 550 kadın üzerinde kadınların doğum şekli tercihleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların %21,4 SCA olmuştur. Sözeri ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kadınların %60,8'i NSD, %38,6'sı SCA olmuştur. Yaramış ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kadınların %67,8'i NSD, %32,2'si SCA olmuştur.

Çalışmada SCA oranının yüksek olması kurumun özel hastane olmasından dolayı maternal isteğin bir SCA endikasyonu olmasındandır. Diğer özel hastaneler ile çalışmadaki SCA oranı uyum göstermektedir. Devlet hastanelerindeki SCA oranından daha yüksektir.

Walker ve arkadaşlarının (2004) Güney Avusturya'nın başşehri Adelai'daki doğum hastanesinde 92 kadın üzerinde sezaryen doğumun toplumdaki kabulü ile ilgili yapılan araştırmaya göre kadınların %79,2'si NSD, %20,7'si SCA olmuştur.

Yurtdışında ise maternal istek ile SCA oranı daha düşük olup NSD oranı daha yüksektir. Çalışma bulguları, Şahin ve arkadaşları ile benzer, Sayıner ve arkadaşları, Sözeri ve arkadaşları, Yaramış ve arkadaşlarının ve yurtdışında yapılmış Walker ve arkadaşlarının verilerinden farklı bulunmuştur.

Cerrahi ve anestezi tekniklerinin gelişmesi ile özellikle epidural anestezi yöntemi ile bebeği görebilme avantajının olması, SCA oranının artmasında en önemli etkenlerden biridir.

Araştırma kapsamında yer alan olguların %57,5'i epidural anestezi ile SCA, %14,5'i epidural anestezi ile NSD, %25,3'ü genel anestezi ile SCA, %2,6'sı anestezi almadan NSD olmuştur (Tablo 3).

Şahin ve arkadaşlarının (2007) özel hastane örnekleminde yaptıkları çalışmada olguların %59,0'u anestezi almadan NSD, %19,6'sı epidural anestezi ile NSD, %28,6'sı epidural anestezi ile SCA olmuştur. Sayıner ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında olguların %6,6 epidural anestezi ile NSD, %56'sı genel anestezi ile SCA, %8,8'i anestezi almadan NSD olmuştur. Çalışma bulguları, Şahin ve arkadaşları, Sayıner ve arkadaşlarının çalışmalarından farklı bulunmuştur, çalışmada anestezi almadan NSD oranı daha düşük, epidural anestezi alarak SCA olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Epidural anestezi yöntemi Şahin ve arkadaşları, Sayıner ve arkadaşlarının çalışmalarına göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede epidural analjezinin SCA ve NSD yöntemlerinde başarılı olarak kullanılmasına rağmen, olguların sadece %14,5'i epidural anestezi ile NSD olmuştur. Epidural analjezi yönteminin çok yaygın olmaması, bilgilendirilmenin yetersiz olması ve yan etkilerinden korkma bu yöntemi tercih etmeme sebepleri olabilir.

Araştırma kapsamında yer alan olgulardan SCA olanların yaş ortalaması NSD olanların yaş ortalamasından anlamlı olarak yüksektir (Tablo 4).

TNSA (2003) raporuna göre Türkiye'de daha eğitimli kadınlar arasında doğumların SCA yapılması daha yaygındır. Endüstriyel toplumlarda, ikinci ve geç evliliklerin artması, kadınların kariyerlerine artan konsantrasyonları, ilerleyen üreme teknolojileri sonucunda geç doğumlar meydana gelmektedir. (Lin ve ark 2004; NIH State-of-the-Science Conference 2006). Kadının yaşının ileri olması SCA oranının yükselmesindeki diğer önemli faktördür. En yüksek SCA oranı yaşlı primipar kadınlardadır (NIH State-of-the-Science Conference 2006). Annenin ileri yaşta olması bir SCA endikasyonu değil elektif SCA'dır. Gebeliğin çok zor elde edildiği ya da ikinci bir gebelik şansının düşük olduğu ileri anne yaşı, bebeğin sağ olarak dünyaya gelmesini garanti altına almak için SCA tercih edilir.

Araştırma kapsamında yer alan olguların eğitim durumu ve gelir düzeyi ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 5).

Chong ve Mongelli (2003) çalışmasında zengin kadınların SCA yı daha fazla istediklerini belirtmişlerdir.

Kadınların yüksek SCA oranı ile karşılaştırıldığında, sağlıklı, sigorta durumu iyi olan, yüksek gelirli kadınlar SCA tercih etmişlerdir (Hopkins ve Amaral 2006).

Sayıner ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kadınların eğitim durumları ve gelir düzeyleri ile doğum şekli tercihleri arasında ilişki belirlenmemiştir. Sözeri ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kadınların eğitim durumlarıyla tercih edilen doğum şekli karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında doğum şeklini kendi tercih edenler ile eğitim düzeyi yüksek kadınların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma, Sayıner ve Sözeri'nin çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Güngör ve arkadaşlarının çalışması ile farklılık göstermektedir.

TNSA (2003) raporuna göre kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitimli kadınlar arasında doğumların SCA yapılması daha yaygındır. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğum yaşları da artmaktadır ve böylece SCA'yı tercih etme oranları da yükselmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olguların çalışma durumu ve primipar olması ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 5).

Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında doğum şeklini kendi tercih edenler ile çalışan ve primipar kadınların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma, Güngör ve arkadaşlarının üniversite hastanesindeki çalışma verilerinden farklılık göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olguların anestezi şekli ve IVF gebelik olma durumu ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 6).

Yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi ile IVF gebeliğinde ve çoğul gebeliklerde artış meydana gelmiştir. IVF değerli bebek olduğundan fetüsü riske atmamak için SCA tercih edilmektedir. IVF gebeliği bir SCA endikasyonu olmamasına rağmen, elektif SCA olarak kabul edilip çoğu doktor tarafından gerçekleştirilmektedir.

Çalışma, özel bir hastane örneklemi olduğu için epidural anestezi yöntemi yaygın olarak kullanılmakta ve bu da SCA oranını arttırmakta önemli bir faktör olmaktadır.

Araştırma kapsamında yer alan olguların ebeveynliğe hazırlık kursuna katılma durumu ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 6). Çalışmamızda olguların %16,7'si doğum öncesi eğitim almıştır. Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumda bu eğitim ücretsiz verilmesine rağmen bu programa katılımın az olmasında dolayı NSD'den korkma ve SCA'yı seçme oranında artış olması beklenen bir sonuçtur.

Doğum eylemi, anne veya fetus için tehlikeli kabul edildiğinde, doğumun gerekli olduğu, fakat eylemin uyarılamadığı hallerde, distosi veya fetal özelliklerin belirgin risk oluşturduğu ve vajinal doğum için kontrendike oldukları durumlarda ve acil bir durumun süratli doğumu gerektirdiği, fakat vajinal yolun imkansız veya elverişsiz olduğu hallerde, SCA operasyonu endikedir (Scott ve ark 1997 p 564).

SCA ların çoğunluğu, fetal endikasyonlarla uygulanmaktadır; birkaçı sadece maternal nedenlerle, diğer bazıları da hem fetusu hem anneyi gözeterek yapılmaktadır (Scott ve ark 1997 p 564).

Mükerrer SCA doğumlar ve doğum eylemi distosisi nedeniyle gerçekleştirilenler Birleşik Devletlerde ve diğer batılı sanayileşmiş ülkelerde en önde gelen endikasyonlardır. SCA doğum için mümkün olan tüm uygun endikasyonlar geniş olarak sıralamak mümkün olmasa da, %85'den fazlası şu üç nedenle gerçekleştirilmektedir: daha önceki SCA, doğum eylemi distosisi, makat prezentasyonudur (Cunningham ve ark 2001 p 540).

Araştırma kapsamında yer alan 497 sezaryen olgusundan %71,8'i (357) tıbbi nedenler, %28,1'i (140) ise kişisel nedenler ile SCA olmuştur. 357 tıbbi nedenler arasında en yaygını %18,5'i (67) ile eski SCA, 140 kişisel nedenler arasında en yaygını %62,1'ile (87) ağrı korkusudur (Tablo 7).

Çalışmada olguların kişisel tercih nedenleri arasında en fazla oranda belirtilen neden "ağrı korkusu" (%62,1)'dur. Gelişmiş ülkelerde epidural analjezi gibi ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte "doğum ağrısından korkma" artık bir SCA tercihi olmaktan çıkmaya başlamıştır. Ancak normal doğumda analjezi seçeneklerinin çok sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde, halen önemli bir SCA tercih nedeni olarak "doğum ağrısından korkma" belirtilmektedir (Güngör ve ark. 2004). Çalışmada ebeveynliği hazırlık kursuna gitme oranı düşük olması nedeni ile doğum ağrısından korkmanın en yaygın kişisel neden olması beklenebilir bir sonuçtur.

Yaramış ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada %24,1'inin eski SCA ve %20,4 fetal stres olarak belirtilmiştir. Olguların %11,6'sı sonraki gebeliğini SCA ile sonlandırmak istemesine neden olarak %61,6'sı doğum sancısının olmaması, %23'ü ise her yerinin parçalanmasını istemedikleri için SCA'yı tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. Sözeri ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında SCA'yı tercih eden olguların %54,3'ü doğumun daha kolay ve rahat olması, %38,1'i herhangi bir sorunla karşılaşıldığında bebeğin hemen kurtarılması, %28,6'sı doğumun daha çabuk olması, %25,9'u doğumda bebeğin zarar görmemesi nedenleri ile SCA'yı tercih etmişlerdir. Sayıner ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında olguların %10,8'i bebek için güvenli olduğu, %10,4'ü hekimin uygun görmesi, %7'si NSD korkusu, %7'si kendileri için güvenli olduğuna inandıklarından SCA'yı tercih etmişlerdir. Şahin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında olguların %35,2'si tıbbi nedenler, %33,0'ü kişisel nedenler, %16,5'i tıbbi ve kişisel nedenler ile SCA olmuştur. Tıbbi nedenler arasında %25,3'ü eski SCA, %9,9'u prezentasyon anomalisi, %8,8'i maternal hastalık, %6,6'sı fetal

nedenler, %5,5'i safalopelvik uyuşmazlık, %4,4'ü çoğul gebelik %2,2 uzayan travay ve değerli bebek (IVF) nedenleri ile SCA olmuştur. Kişisel nedenlerin arasında %31,9'u ağrı korkusu, %22'si güvenli bulma, %12,1'i doktor önerisi nedenleri ile SCA olmuştur. Güngör ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında SCA olan olguların %73,2'si tıbbi nedenler ile %26,8'i kişisel nedenler ile SCA olmuştur. Tıbbi nedenler arasında %24,1'i eski SCA, %20,5 fetal nedenler, %14,3 maternal hastalık nedenleri ile SCA olmuştur. Kişisel nedenlerin arasında %7,1'i NSD'den korkma, %6,2'si doktorun etkisi, %5,4'ü bebek için güvenli bulma ve IVF'dir. Yaramış ve arkadaşlarının, Sözeri ve arkadaşlarının, Sayıner ve arkadaşlarının, Şahin ve arkadaşlarının, Güngör ve arkadaşlarının çalışmalarında tıbbi nedenler arasında ile sırada eski SCA, kişisel nedenler arasında ilk sırada ağrı korkusu yer alması yönünden yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.

Walker ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada olguların %71,4'i SCA'yı daha kolay bir yol olduğu, % 23,1'i ise medyanın, SCA'nın NSD'den daha iyi olduğu gibi bir portre çizdiğini ifade etmişlerdir. Chong ve Mongelli (2003) yaptığı çalışmada SCA tercih etme nedenleri: en popüler neden, doğum ağrısı ve stresinden kaçınmak (%60), en az popüler neden, (% 0,8) zengin kadınların sezaryeni seçmeleridir. Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada kadınların % 80 i sezaryenin normal doğuma göre daha güvenli olmadığını belirtmişlerdir. Lawrie ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada SCA'yı tercih sebepleri, doğum zamanını bilme isteği, sonrasında cerrahi gerektirecek perineal travma korkusu ve sezaryenin daha az komplikasyonlu olacağı inancıydı.

Kadınların bormal doğumdan korkması, SCA seçmelerindeki başlıca en güçlü göstergedir. 3 faktör kadınların SCA seçmelerinde istatistiksel olarak anlamlıdır. Bunlar; normal doğum yapmaktan korkma, önceki negatif doğum tecrübesi ve önceki SCA ile doğumdur (Terhaar M 2005).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda doğum zamanını bilme isteği, SCA'nın kolay olması, medyanın SCA'nın daha iyi olduğu gibi bir portre çizmesi gibi kültürel farklılıklardan kaynaklanan yapılan çalışmadakinden farklı SCA tercih sebepleri ortaya çıkmıştır ve çalışma bulgularıyla paralellik göstermemektedir.

Kadınların sosyo ekonomik düzeyi, doktorun tutumları, rahatlık faktörü, yasal durum, ödemenin koşulları, kadının beklentileri ve psikolojik durumu SCA seçiminde

önemli, tıbbi olmayan ilişkili faktörlerdir (Donati ve ark 2003; Leeman L ve Leeman R 2003).

Yapılan araştırmalarda SCA olan olguların tıbbi nedenleri arasında eski SCA'nın ilk sırayı almasının nedeni sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) yapılma sıklığının azalmış olmasıdır. The American College of Obstetricians and Gynecologist'e (ACOG) göre SSVD güvenli ve kabul edilebilir olup geçirilmiş bir sezaryen sonrası doğum eylemi denemelerinin yüzde 60–80'i vajinal doğumla sonuçlanmaktadır. (ACOG) 2000 SCA doğum hızları üzerinde çalışan özel hizmet birimi Amerika'ya yönelik olarak 2010 yılı için ölçüt belirlemiştir. Bu ölçüt tek ve sefalik prezantasyonu olan ve daha önce alt-transvers SCA doğum yapmış 37 hafta veya üzerindeki kadınlarda %37 SSVD hızıdır (Cunningham ve ark 2001 p 539).

Hibbard ve arkadaşlarının (2001) 1989 – 1998 yılları arasında SSVD teşebbüsü ile elektif sezaryen ya da başarılı SSVD maternal komplikasyonlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada toplam 29,255 hastadan 2450 önceden sezaryen olmuştur. 1461 kadında (%5) tekrarlanan sezaryen oranı gerçekleşmiştir ve 989 başarılı SSVD gerçekleşmiştir (%3,4). 1344 hasta ya da %75'i SSVD girişiminde bulunmuştur. 921 kadında %69'u başarı ile SSVD gerçekleşmiş, 424 kadında başarısız olmuştur. 431 tekrarlanan sezaryen ile doğum ve 1324 SSVD girişimi, 908'i başarı ile gerçekleşmiş ve 416 başarısız olmuştur.

Villar ve arkadaşlarının (2006) 1993- 2002 yılları arasında Kamerun da SSVD 146 vaka üzerinde yapılan bir çalışma da 9439 doğumdan 945 i sezaryen ile olmuştur (%10).

Normal doğum, doğal bir yol olması, doğum sonrası toparlanma sürecinin daha hızlı olması ve bebek ile ilk buluşmanın gerçekleşmesi en büyük avantajlarıdır.

Araştırma kapsamında yer alan 103 NSD olgusundan %52,4'ü (n:54) doğal, %23,3'ü (n:24) sağlıklı, %19,4'ü (n:20) doğum sonrası rahat olması, %4,8'i (n:5) diğer (doğum olayına aktif olarak katılmak, haberdar olmak gibi) nedenler ile NSD'yi seçmiştir (Tablo 8).

Yaramış ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada %46,1'i sağlıklı olması, %21,1'i iyileşme süresinin daha kısa olması nedeni ile NSD'yi tercih etmişlerdir. Sözeri ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında olguların %83,1'inin çabuk iyileşme, %57,1'inin

doğal olması, %50,3'ünün doğum sonu dönemin daha az ağrılı olması, %43,6'sının en iyi doğum şekli olması, %27,0'sinin bebeği hemen görebilmesinden dolayı tercih etmişlerdir. Sayıner ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında olguların %26,2'si sağlıklı olması, %13'ü hekimin uygun görmesi, %11,4'ü doğal olması, %10'u daha kısa sürede iyileşmenin gerçekleşmesinden dolayı NSD'yi seçmişlerdir. Yapılan çalışma ile Türkiye'deki çalışmalar NSD'yi seçme nedenleri olarak ağırlıkta doğal ve sağlıklı olması nedenleri yer aldığından dolayı uygunluk göstermektedir.

Chong ve Mongelli (2003) yaptığı çalışmada NSD'yi tercih etme nedenleri: en popüler neden, % 95 doğal bir süreç olması, % 69,5 daha az masraflı, % 66,5 hastalık ve ölüm oranının daha az olmasıdır. Kültürel farklılığa rağmen Chong ve arkadaşlarının çalışmasında ilk sırada yer alan doğal bir süreç olarak görmeleri yönünden çalışma verileri ile paralellik göstermektedir.

Doğum yöntemine karar verme zamanı, gebeliğin sürecine bağlıdır. Gebelik süreci normal seyrinde devam etmesi ile doğum sırasında gelişecek olaylar doğum yönteminin belirlenmesinde etkili olacaktır.

Araştırma kapsamında yer alan olguların %54,0'ü (324) I. Trimesterde, %24,0'ü (144) III. Trimesterde, %19,1'i (115) travayda, %2,8'i (17) II. Trimesterde karar vermiştir (Tablo 9).

Şahin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında olguların %46,2'si hamilelikten önce, %28,6'sı III. Trimesterde, %12,1'i doğuma geldiğinde, %11'i I. Trimesterde, %2,2'si II. Trimesterde doğum şekline karar vermiştir. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %42'sinde I. Trimesterde, %30,4'ü doğuma geldiğinde, %25'i III. Trimesterde, %2,7'si II. Trimesterde doğum şekline karar vermiştir. Yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte olup kadınların büyük çoğunluğu I. Trimesterde ya da hamilelikten önce kararlarını vermişler. Oysa gebeliğin son ayında doğum yöntemi için karar almak daha akılcıdır. Gebelik süreci normal işliyor, doğumdan önce anne ve bebeğe ait SCA'yı gerektiren durumlar söz konusu değilse, her doğum normal olarak planlanması gerekir. Doğum sırasında gelişecek olaylar, doğumun normal mi devam edeceğini yoksa SCA'ya mı yönlendirileceğini ortaya koyacaktır.

Araştırma kapsamında yer alan 103 NSD olgusundan %20,3'ü (n:21) doğum sancısı, %19,4'ü (n:20) dikiş ağrısı, %7,7'si (n:8) doğum sancısı ve dikiş ağrısı, %7,7'si (n:8) doğum sürecinin uzun ve zor geçmesi, %8,7'si (n:9) diğer (korku, hemoroid,

epidural kateterin yanlış takılması, idrar yapamama) nedenler ile ilgili sorunlar yaşamışlardır. Olgulardan %35,9'u (n:37) sıkıntı yaşamamıştır (Tablo 10).

Şahin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında NSD olan olguların %50'si dikişlerde ağrı, %21,4'ü gaz, konstipasyon, distansiyon, hemoroid, %14,3'ü kanama gibi sıkıntılar yaşamıştır. Aynı çalışmada %50'si dikiş ağrısı problemi yaşamıştır. Çalışmamızda ise %35,9'u sıkıntı yaşamamış, %19,4'ü dikiş ağrısı yaşamış olup Şahin ve arkadaşlarının çalışmasından bu oran daha düşük bulunmuştur.

Araştırma kapsamında yer alan 497 SCA olgusundan en yaygın olarak %42,2'si (210) dikiş ağrısı yaşamış, %21,9'sı ise (109) sıkıntı yaşamamış, %1,8'i (9) epidural kateterin verdiği ağrı ve rahatsızlık yaşamıştır (Tablo 11).

Şahin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında SCA olan olguların %58,4'i gaz, konstipasyon, distansiyon, hemoroid, %23,4'i uykusuzluk, yorgunluk, %22,1'si dikişlerde ağrı yaşamıştır. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında SCA olguların %82,1'i kendi bakımını üstlenmede güçlük, %84,8'i bebeğin bakımını üstlenmede güçlük, %83,9'u aktivite intoleransı, %79,5'i yorgunluk, %64,3'ü uykusuzluk, %42,9'u emzirme problemleri, %34,8'i gaz/karında gerginlik yaşamışlardır. Şahin ve arkadaşları, Güngör ve arkadaşlarının çalışmalarında olguların büyük çoğunluğu gaz, dikişlerde ağrı ve hareket zorluğu problemleri yaşamış ve çalışma ile paralellik göstermektedir. Çalışmada SCA olan olguların %69,4'ü (345) epidural anestezi yöntemi ile olmuş ve %1,8'i (9) epidural kateterin verdiği ağrı ve rahatsızlık yaşamıştır. Epidural analjezi yönteminin çok yaygın olmaması, başarılı ile gerçekleştirilememesi sonucunda anesteziye bağlı sorunlar yaşanabilmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan 600 olgudan %81,5'inin (489) planlanan doğum yöntemi doğumda değişmemiş, %18,5'inin (111) ise değişmiştir. 111 olgudan %25,2'si (n:28) üzüntü, %11,7'si (n:13) sevinç, %6,3'ü (n:7) hayal kırıklığı, %5,4'ü (n:6) kendini hazır hissetmeme, %1,8'i (n:2) korku, %1,8'i (n:2) endişe, %4,5 (n:5) diğer (stres, tedirginlik, panik, kuşku, heyecan) hissetmişlerdir. Olgulardan %43,2'si (n:48) ise etkilenmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 12).

Yaramış ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada olguların %58,3'ü SCA olacaklarını öğrendikleri zaman korktuklarını ifade etmişlerdir. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında olguların SCA kararı ile birlikte %25,9'u korku,

%8,9'u üzüntü, %19,6'sı sevinç, %12,5'i rahatlama hissettiğini, %30,4'ü hiçbir şey hissetmediğini ifade etmişlerdir.

Yaşanan bu olumlu ve olumsuz duyguların nedenleri Kızılkaya ile Tatar ve arkadaşlarının çalışmalarında "sezaryen öncesi yeterince bilgilendirilmeme", "ameliyat korkusu", "normal doğum şansını kaybettiği için üzülme" ve "normal doğum sancılarından kurtulduğu için sevinme" ile açıklanmıştır (Güngör ve arkadaşları 2004). Çalışmadaki doğum yöntemi doğumda değiştiğinde yaşanan tepkiler, Kızılkaya ve arkadaşları, Tatar ve arkadaşları, Yaramış ve arkadaşları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada yer alan 140 SCA olgusundan %39,2'si (n:55) SCA sonrası ağrılı olması, %38,5'i (n:54) NSD'nin doğal olması, %10,7'si (n:15) NSD sonrası toparlanmanın kolay olması, %7,1'i (n:10) NSD'nin daha sağlıklı olması, %4,2'si (n:6) diğer (NSD'yi hissetmek) nedenler ile tavsiye etmemektedir (Tablo 13). Olguların %60,8'i SCA'yı tavsiye etmeme nedenleri arasında NSD'nin daha iyi olduğu yönünde açıklamalar yapmışlardır. Araştırmada SCA olgularının %71,8'i (357) SCA'yı tavsiye etmiştir. SCA'yı tavsiye etmeyenlerin çoğu kendi tercih etmediğinden, travayda doğum yönteminin değiştiğinden, bir endikasyon nedeni ile SCA olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada yer alan 7 NSD olgusunun %57,1'i (n:4) doğum sancısı, %28,5'i (n:2) doğum sürecinin uzun ve zor olması, %14,2'si (n:1) bebeğin boynuna kordon dolanmasından dolayı sıkıntı yaşanması nedeni ile tavsiye etmemektedir. NSD olgularının büyük çoğunluğu olan %93,2'si (n:96) NSD'yi tavsiye etmiştir. Diğer %6,8'inin tavsiye etmeme nedenleri ağrı problemi yaşamalarıdır. Bu ağrı problemi de epidural anestezideki başarısızlık ya da anestezi almayı reddetmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

5.2. OLGULARIN DOĞUM YÖNTEMİNE GÖRE TERCİHLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde SCA ve NSD yapan olguların doğum yöntemlerini kendi tercih etme durumu, etrafındaki insanlara tavsiye etme durumu ve tekrar doğum yaparlarsa aynı metodu tercih etme durumlarına ilişkin bulguların tartışması yer almıştır.

Araştırma kapsamında yer alan olguların %41'i doğum yöntemlerini kendi tercih etmişlerdir. SCA olgularının %28,1'i (140) SCA'yı kendi tercih etmiş, %71,8 (357) kendi tercih etmemiştir. NSD olgularının %97,1'i (100) NSD'yi kendi tercih etmiş, %2,9'u (3) kendi tercih etmemiştir (Şekil 1).

Sözeri ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında olguların %83,1'i NSD'yi, %16,9'u SCA'yı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Güngör ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada olguların %26,8'i kendi isteği ile SCA olmuşlardır. Şahin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında SCA olgularının %33,0'ü kendi isteği ile SCA olmuştur.

Sözeri ve arkadaşlarının çalışması devlet hastanesinde yapılması nedeni ile NSD'yi tercih etme oranı daha yüksek bulunmuş olup çalışma ile paralellik göstermemektedir. Çalışmadaki SCA'yı kendi tercih etme oranı ile Güngör ve arkadaşları, Şahin ve arkadaşlarının çalışmaları ile paralel olup Türkiye de maternal istek ile SCA oranının özellikle özel ve üniversite hastanelerinde arttığı görülmüştür.

Walker ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada hamileliklerinin başındaki kadınların yaklaşık %15'i SCA olma fikrini kabul etmiştir. Lawrie ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada 90 gebeden 32'si (10'unun ilk gebeliği) doğum için elektif sezaryen olmayı planlamışlardır. Geriye kalan kadınlar normal vajinal doğum yapmayı planlamışlardı. Gamble ve Creedy (2001) Avustralya Brisbane da yaptığı çalışmadaki 310 kadından, 209 kadın NSD'yi tercih etmiş, 20 kadın SCA'yı tercih etmiştir. Chong ve Mongelli (2003) yaptığı çalışmada olguların %3,7 si elektif SCA tercih etmiştir. Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ilk doğumu sezaryen ile olan kadınların %10,6 sı kendi isteği ile olmuştur. Kadınların % 95 i gebelikleri boyunca normal doğumu tercih etmişlerdir. Quinlivan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada batı Avustralya da 1624 sezaryen vakasından %39 elektif, %61 non elektiftir. Elektif sezaryenlerden % 27 si kadınlar tarafından istenmiştir (Gamble ve Creedy 2000). Wilkinson ve arkadaşları tarafından İskoçya da 8098 gebe üzerinde yapılan bir çalışma

da tüm sezaryenlerin %7,7'si ve elektif sezaryenlerin %19,8'i kadınlar tarafından istenmiştir (Gamble ve Creedy 2000). Jackson ve Irvine tarafından İngiltere de 276 sezaryen vakası üzerinde yapılan bir çalışma da %38 elektif ve tüm sezaryenlerin %18,2 si kadınlar tarafından istenmiştir (Gamble ve Creedy 2000). İtalya da 23 üniversite hastanesinden 100 birbirini izleyen doğumdan, tek doğum yapmış 1986 kadından 1023 ilk kez doğum yapacak kadının katıldığı çalışmada sezaryen oranı %36'dır. Spontan doğum yapan kadınların %91'i ve sezaryen doğuma girenlerin %73' ü vajinal doğumu tercih etmiştir. Bu çalışmada görüşülen kadınların çoğu vajinal doğumu tercih ettiği ve memnun kaldığı bildirilmiştir (Donati ve ark. 2003).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda Walker ve arkadaşlarının (2004), Lawrie ve arkadaşlarının (2001), Gamble ve Creedy (2000), Chong ve Mongelli (2003), Lee ve arkadaşlarının (2004), Wilkinson ve arkadaşları, Jackson ve Irvine çalışmalarında (Gamble ve Creedy 2000) elektif SCA oranı Türkiye'deki özel hastanelerdeki ve çalışmadaki elektif SCA oranı kadar yüksek bulunmamıştır. Türkiye'de maternal istek ile SCA oranı daha fazla olduğu görülmektedir.

Birçok kadın doğumu, doğum sürecindeki deneyimleri, ağrıları ve zorlukları etrafındaki insanlarla paylaşırlar. Kadınların büyük çoğunluğunun kararlarını, bazı olumsuz doğum deneyimleri etkileyebilir ve yönlendirebilir.

Araştırma kapsamında yer alan 497 SCA olgusundan %71,8'i (357) SCA'yı etrafındaki insanlara tavsiye etmiş, %28,2'si (140) etmemiştir. NSD olgularının %93,2'si (96) NSD'yi etrafındaki insanlara tavsiye etmiş, %6,8'i (7) etmemiştir (Şekil 2).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ilk gebeliklerinde 381 kadın NSD'yi tercih etmiş, 371 kadın (% 97,3) NSD'yi etrafındaki insanlara tavsiye etmiştir. Olguların % 38,3'ü daha çabuk iyileşebildiği nedeni ile diğer insanlara tavsiye etmiştir. %10,6 kadın SCA'yı etrafındaki insanlara tavsiye etmiştir.

Chong ve Mongelli (2003) yaptığı çalışmada olgulara hangi tür doğumu tavsiye edersiniz sorulduğunda %90,9'u NSD ve sadece %1,8 SCA'yı ifade etmişler, %82,9 u doktorlar en iyisini bilir, onlar karar verir düşüncesine katılmışlardır. Yapılan çalışmalardaki SCA'yı tavsiye oranı, çalışmadaki oranından daha düşüktür. NSD'yi tavsiye etme oranı ise çalışma ile paralellik göstermektedir.

Birçok kadın, doğumu ve doğum sürecindeki deneyimlerini birbirleriyle paylaştıklarından, sağlık profesyonellerinden daha çok birbirlerinin deneyimlerinden etkilenmektedir. Olumlu doğum deneyimleri yaşanması ile NSD'yi tercih ve tavsiye etmelerinin oranı giderek artacaktır.

Kadınların doğum algıları ve korkuları herhangi bir medikal endikasyon yokluğunda elektif SCA konusunda karar vermede büyük rol oynamaktadır. Ülkenin artan SCA operasyonlarını azaltmak için, gereksiz işlemler geçirmemiş pozitif deneyimlere sahip kadınlar üzerine odaklanılması gerekir. Kadınların büyük çoğunluğunda, olumlu doğum deneyimi arttığında elektif cerrahi talebi azalacaktır (Dodwell M 2002).

Araştırma kapsamında yer alan SCA olgularının %82,3'ü (409) tekrar doğum yaparlarsa SCA'yı tercih edeceklerini, %17,7'si (88) tercih etmeyeceklerini, NSD olgularının %95,1'i (98) tekrar doğum yaparlarsa NSD'yi tercih edecekler, %4,9'u (5) tercih etmeyeceklerini bildirmişlerdir (Şekil 3).

Şahin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında NSD yapan kadınların %75,0'i sonraki doğumlarında yine NSD olmasını isterken, SCA olan kadınların %70,3'ü tekrar SCA olmak istememişlerdir. Şahin ve arkadaşlarının çalışması özel bir hastane örneklemi olmasına rağmen SCA'yı tekrar tercih etme oranı, çalışmadaki orandan daha düşüktür. Çalışmada olgulara yöntemle ilgili görüşleri erken post partum dönemde sorulduğundan olguların SCA'yı tekrar tercih etme oranı yüksektir. Fakat Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında post partum dönemde (1 ay) tekrar tercih edip etmeyeceği sorulduğundan, SCA ile ilgili sorunlar geç post partum dönemde ortaya çıkmaya başlamış ve olguların büyük çoğunluğu tekrar tercih etmeyeceklerini belirtmişlerdir.

Schindl ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada olguların %83,5'i tekrar aynı doğum metodu olan NSD'yi seçmektedir, kadınların % 74,3 ü SCA istemiştir, % 66 tıbbi gereklilikle SCA olmuştur. Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada kadınların % 10,6 sı SCA'yı seçmelerindeki ve etrafındaki insanlara tavsiye etmelerindeki ortak neden vajinal doğumdaki ağrıdan korkmadır. Yurtdışında yapılan çalışmalardaki SCA'yı tekrar tercih etme oranı, çalışmadaki orandan daha düşüktür ve çalışma sonuçları ile paralellik göstermemektedir. NSD'yi tekrar tercih etme oranı ise çalışma ile paralellik göstermektedir.

Bazı kadınlar bormal doğumların vajina anatomisini bozabileceğini ve seksüel memnuniyeti etkileyebileceğini düşünerek NSD'yi seçmemektedirler (Chong ve

Mongelli 2003).

Güler K (1982) İstanbul Tıp Fakültesi doğum kliniğine başvuran 80 gebe üzerinde eğitimin anksiyete ve travay üzerindeki etkinliğini saptamak üzere yapılan çalışmada, gebelik süresi ile birlikte anksiyete düzeyinin artış gösterdiği ve travayın seyrini etkilediğini ortaya çıkarmıştır. 30 doğum öncesi eğitim yapılan gebelerde anksiyete düzeyi düşük, travay süresi kısa ve ağrı indüksiyonu kullanma gereksinimi daha az bulunmuştur.

Yıldırım G (2006) doğum eyleminde uygulanan ıkınma tekniklerinin anne ve fetüsün üzerindeki etkisini değerlendirmek için yaptığı çalışmada, doğum eyleminin ikinci evresinde kadınların spontan ıkınmaları ve bu konuda kadınlara verilen hemşirelik desteği; ikinci evrenin daha kısa sürede, müdahale olmadan ve olumlu deneyimlerle tamamlanmasında ve yenidoğanın iyilik düzeyinin daha yüksek olmasında etkili olduğunu savunmaktadır.

Araştırma kapsamında yer alan SCA olgularının %88,6'sı (n:132) SCA'yı kendi tercih etmiş ve diğer kadınlara tavsiye etmektedir. 64,7'si ise (n:225) SCA'yı kendi tercih etmemiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %11,4'ü (n:17) SCA'yı kendi tercih etmiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmemektedir. %35,3'ü (n:123) SCA'yı kendi tercih etmemiş ve diğer kadınlara tavsiye etmemektedirler (Tablo 14).

Çalışmadaki SCA olan olguların %88,6 gibi büyük bir çoğunluğu SCA'yı tercih eden ve aynı zamanda tavsiye edenleri oluşturmaktadır. Olguların tercihleri, tavsiye etmelerini de etkilemektedir. Kadınların birbirlerine SCA'yı tavsiye etmeleri ile SCA'yı seçme oranı hızla artmaktadır. Olguların %64,7'si gibi büyük bir çoğunluğu da SCA'yı kendileri tercih etmemelerine rağmen etrafındaki kadınlara tavsiye etmektedirler.

Araştırma kapsamında yer alan NSD yapan olgularının %93'ü (93) NSD'yi kendi tercih etmiş ve diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %100'ü (n:3) ise NSD'yi kendi tercih etmemiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %7'si (n:7) NSD'yi kendi tercih etmiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmemektedir. NSD yapan olguların arasında kendi tercih etmemiş ve diğer kadınlara tavsiye etmeyen yoktur (Tablo 14).

Çalışmadaki NSD olgularının %93 gibi çok yüksek bir oranı hem kendileri tercih edip hemde tavsiye etmektedirler. NSD yapan olguların arasında kendi tercih etmemiş ve diğer kadınlara tavsiye etmeyen olmaması da NSD'den hepsinin memnun kaldığını, herhangi bir sorun yaşamadıklarını göstermektedir. Bu oranın yüksek olmasına rağmen NSD olan kişilerin az olmasından SCA olanların fazlalığından dolayı NSD oranı sabit kalıp SCA oranı artmaktadır.

Araştırma kapsamındaki SCA ve NSD yapan olgular da, kendi doğum metodunu diğer kadınlara tavsiye edenler ile doğum metodunu kendileri tercih edenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Şekil 4).

Doğum öncesi eğitim ve doğum sırasındaki destek ile ağrı korkusu ve anksiyete azaltılarak, SCA oranının düşmesine, NSD tercih ve tavsiye oranının artmasına yardımcı olacaktır. Doğumda memnuniyetin artmasında ebe ve hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Doğum metodunu tercih edenler aynı zamanda tavsiye de etmektedirler. Bilinçli tercihin yapıldığı durumlarda tercih ve tavsiye oranı artmaktadır. Ebe ve hemşirelerin, gebelik döneminde verdiği doğum öncesi eğitim programı ile, doğum anında nefes alma egzersizleri ve desteği ile ağrıyı daha az hissetmeleri ve kadınların birbirlerine tavsiye etmeleri sağlanmalıdır. Böylece gebelik ve doğum sürecindeki olumlu deneyimler ile kadınların birbirlerine tavsiye etme oranı artacaktır.

5.3. OLGULARIN DOĞUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN HAZIRLANMIŞ İFADELERE KATILMA DURUMU İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde doğum yöntemlerine ilişkin hazırlanmış ifadeler ile yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, anestezi türü, doğum yöntemi, doğum öncesi eğitim alma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışması yer almıştır.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Sezaryen modern bir yöntem, normal doğum eski/ modası geçmiş bir yöntemdir" ifadesine %72,5'i (435) katılmamakta, %13'ü (78) kesinlikle katılmamakta, %7,2'si (43) ise katılmaktadır (Tablo 15).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada olguların %16,6'sı sezaryenin modern, normal doğumun eski bir metod olduğuna katıldığı ya da kesinlikle katıldığı, %40,8 i kesinlikle katılmadığı gösterilmiştir. Çalışmada bu ifadeye kesinlikle katılmayanların, katılanların ve kesinlikle katılanların yüzdesi daha düşük bulunmuş. SCA olgularının ve bu yöntemi kendi tercihi ile seçen olguların yoğun olduğu bu çalışmada bu ifadeye katılmama yüzdesinin yüksek olması sevindirici ve şaşırtıcı bir durumdur.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Sezaryen, normalden ziyade anormal gebelikler de uygulanan cerrahi bir işlemdir" ifadesine %55,7'si (334) katılmakta, %33,2'si (199) katılmamakta, %5,0'i (30) kesinlikle katılmaktadır (Tablo 15).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada kadınların üçte ikisi SCA'nın normalden daha çok anormal gebeliklerde uygulana cerrahi bir işlem olduğuna katıldığı ya da kesinlikle katıldığı gösterilmiştir. Çalışmada bu ifadeye katılanların yüzdesi ile paralellik göstermektedir. Olguların yarısından çoğu SCA'yı anormal bulmalarına rağmen, olguların büyük kısmı SCA olmuştur ve SCA'yı kendi istekleri ile tercih etmişlerdir. Bu durum, konu ile ilgili daha fazla kalitatif araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada SCA'nın normalden daha çok anormal gebeliklerde uygulana cerrahi bir işlem olduğuna geliri giderinden fazla olanlar geliri giderinden az olanlara göre daha çok katılmaktadırlar. Çalışmada bu ifade ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Anne ve bebek için, sezaryen ile yapılan doğum, normal doğumdan daha güvenlidir" ifadesine %41,3'ü (248) katılmamakta, %34'ü (204) katılmakta, %18,8'i (113) kararsızdır (Tablo 15).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada olguların %80'i sezaryenin anne ve bebek için normal doğumdan daha güvenli olduğuna inanmamaktadır. Çalışmada bu ifadeye katılmayanların yüzdesi daha düşük bulunmuştur. Çalışmada olguların büyük kısmının SCA olması ve SCA'yı kendi istekleri ile tercih etmiş olmaları nedeni ile SCA'nın daha güvenli olduğuna %34'ünün katılması beklenen bir sonuçtur.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine %41,2'si (247) katılmakta, %25,3'ü (152) katılmamakta, %27,3'ü (164) kararsızdır (Tablo 15).

Walker ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %71,4'ü sezaryenin daha kolay bir yol olduğuna inanmaktadırlar. Çalışmada bu ifadeye katılanların oranı daha düşük bulunmuştur. Çalışmada olgular SCA'yı NSD'den daha kolay buldukları için SCA'yı seçme oranı yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla geliri giderinden az olanlar, geliri giderinden fazla olanlar ve geliri giderine eşit olanlar olarak sıralanmaktadır (Tablo 16).

Çalışmada da geliri giderinden fazla olanlar, geliri az olanlara oranla SCA'yı daha kolay bulmaktadırlar. Benzer şekilde Chong ve Mongelli (2003) çalışmasında zengin kadınların SCA yı daha fazla istediklerini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve genel anestezi ile SCA olanlar olarak sıralanmaktadır (Tablo 17).

Çalışmadaki NSD yapan olgular SCA'yı daha kolay bir yol olarak görmektedir. NSD'nin zahmetli ve emek verici bir yol olduğunu yaşadıkları ve SCA'nın kendi çabaları olmadan gerçekleştiğini düşündükleri için SCA'yı daha kolay olarak görmektedirler.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır" ifadesine %49,2'si (295) katılmakta, %24,0'ü (144) katılmamakta, %23,2'si (139) kararsızdır (Tablo 15).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada üçte ikisinden fazla kadın daha önce sezaryen ile doğum yapan kadınların bundan sonraki doğumlarını da sezaryen ile yapmaları gerektiğine katılmamaktadır. Çalışmada bu ifadeye kadınların yarısı katılmaktadır. SCA'nın tıbbi nedenlerin de ilk sırada olan eski SCA bulunmaktadır. Endikasyon olarak eski SCA'ların çoğunlukta olması, bu ifadeye katılmalarını desteklemektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır" ifadesine 32–37 yaş arasındakiler, 26–31 yaş arasındakilere oranla daha çok katılmaktadırlar (Tablo 16).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada 20–29 yaş arasındaki kadınlar 30–49 yaş arasındaki kadınlara göre vajinanın doğumdan çok seksüel aktiviteler için yaratıldığına ve sezaryenin anne ve bebek için normal doğumdan daha güvenli olduğuna daha az inanmaktadırlar. Çalışmada bu ifadeler ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmada 32-37 yaş arasında olan olguların ilk doğumunu SCA yapanların, bundan sonraki doğumlarınıda aynı şekilde yapmak istemelerinin daha yüksek çıkmasının nedeni, tıbbi nedenler arasında eski SCA'nın yüksek olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer" ifadesine %65,8'si (395) katılmakta, %15,7'si (94) kararsız, %9,3'ü (56) kesinlikle katılmakta, %7,7'si (46) katılmamaktadır (Tablo 15).

Çalışmada olguların yarısından çoğunun bu ifadeye katılmalarına rağmen, SCA'yı tercih etmeye ve tavsiye etmeye devam etmektedirler. Normal doğum ağrısının dayanılmaz olduğunu etrafındaki insanlardan duymaları nedeni ile SCA'yı seçmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer" ifadesine en çok katılım sırasıyla genel anestezi ile SCA olanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve NSD yapanlar olarak sıralanmaktadır (Tablo 17).

Çalışmada SCA sonrası toparlanmanın NSD'ye göre daha zor olduğuna bunu yaşayan SCA olan olgular daha çok katılmaktadır. Daha zor olduğunu ifade etmelerine rağmen NSD'den korktukları için SCA'yı tercih ve tavsiye etmektedirler.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine %48,7'si (292) katılmamakta, %33,8'i (203) katılmakta, %8,8'i (53) kararsızdır (Tablo 15).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada üçte ikisinden fazla kadının doğumunu sezaryen ile yapan kadınların çok önemli bir şeyler kaçırdıklarına katılmaktadırlar. Çalışmada bu ifadeye katılanların oranı daha düşük bulunmuştur. Çalışmadaki olguların büyük kısmı epidural anestezi ile SCA oldukları için bebeklerinin ilk çıkış anını görmekte ve bir şey kaçırdıklarına inanmamaktadırlar.

Araştırma kapsamında yer alan olgular eğitim düzeyi açısından "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine en çok katılım sırasıyla yüksek lisans mezunu, üniversite mezunu, ortaokul mezunu, doktora ve üzeri, lise mezunu ve ilkokul mezunu olarak sıralanmaktadır (Tablo 16). Çalışmadaki olguların eğitim düzeyi arttıkça, SCA ile çok önemli bir şeyleri kaçırdıklarına inanmalarına katılım artmaktadır. Eğitim düzeyinin artması ile doğuma verilen anlamın daha pozitif olduğu ve doğurganlık bilincinin arttığını göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine en çok katılım sırasıyla doğumunda genel anestezi alanlar, epidural anestezi alanlar ve NSD yapanlar olarak sıralanmaktadır (Tablo 17).

Çalışmada genel anestezi ile SCA olan olgular bebeğin ilk çıkış anını göremedikleri, bebeklerini geç ayılmaları nedeni ile belirli bir zaman geçtikten sonra görmeleri nedeni ile önemli bir şeyler kaçırdıklarına inanmaktadırlar. NSD olan olgular hemen bebeklerini görüp emzirmeye başladıklarından önemli bir şeyler kaçırdıklarına inanmamaktadırlar.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır" ifadesine %44,0'ü (264) katılmakta, %31,8'i (191) kararsız, %18,5'i (111) katılmamaktadır (Tablo 15).

Çalışmadaki olguların %44'ünün NSD'nin daha ağrılı olduğunu düşünmesi sonucunda SCA'yı seçme oranı artmıştır. Olgular, NSD'nin daha ağrılı olduğuna, etrafındaki insanların anlattığı doğum öykülerinden etkilenerek bu sonuca varmış olabilirler.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve genel anestezi ile SCA olanlar olarak sıralanmaktadır (Tablo 17).

Çalışmada NSD'yi yaşayan olgular NSD'nin SCA'ya göre daha ağrılı olduğunu düşünmektedir. SCA olan olgular NSD'nin daha ağrılı olduğuna katılmamalarına rağmen SCA'yı seçmektedirler. Bunun nedeninin çok boyutlu olduğu ve kalitatif çalışmalarla ortaya çıkarılabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Her kadın normal doğum yapma potansiyeline sahiptir" ifadesine %49,7'si (298) katılmakta, %34,5'i (207) katılmamakta, %8,3'ü (50) kararsızdır (Tablo 15).

Çalışmadaki olguların yarısı her kadının normal doğum yapma potansiyeline sahip olduğunu kabul etmekte olup yine de NSD'den korktukları için SCA'yı seçmişlerdir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Bir kadının vajinası doğum için değil seksüel aktiviteler için yaratılmıştır" ifadesine %83'ü (498) katılmamakta, %10,5'i (63) kesinlikle katılmamakta, %3,5'i (21) kararsız, %2,3'ü (14) katılmaktadır (Tablo 15).

Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada olguların %71,6'sı vajinanın doğumdan çok seksüel aktiviteler için yaratıldığına katılmamaktadır. Çalışmada bu ifadeye katılmayanların oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmadaki olguların %83'ü bir kadının vajinasının doğum için de yaratıldığını katılmalarına rağmen SCA'yı seçmektedirler. Vajinanın doğum için yaratıldığını kabul etmelerine rağmen, etrafındaki insanlardan NSD hakkında, özellikle epizyotomi ile ilgili duydukları öykülerden korkmaları ve acı çekmek istememeleri nedeni ile kendileri SCA'yı seçmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma tercih etmektedir" ifadesine %48,5'i (291) katılmakta, %33,0'ü (198) katılmamakta, %15,5'i (93) kararsızdır (Tablo 15).

Çalışmadaki olguların %48,5'i doktorların da SCA'yı seçtiklerini kabul etmektedir ve kendilerininde SCA'yı istemeleri bu olayın gerçekleşmesini kolaylaştırmaktadır.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma tercih etmektedir" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, genel anestezi ile SCA olanlar ve epidural anestezi ile SCA olarak sıralanmaktadır (Tablo 17).

Çalışmada NSD olan olgular doktorların SCA'yı bu nedenle tercih ettiklerine daha çok katılmaktadırlar. SCA olan olgular SCA'yı doktorun farklı nedenlerle seçtiğini düşünmektedir. Bu nedenlerin daha detaylı incelenmesine gereksinim vardır.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doğum yöntemini seçmek doktora bırakılmalıdır" ifadesine %45,5'i (273) katılmamakta, %40,8'i (245) katılmakta, %8,7'si (52) kararsızdır (Tablo 15).

Çalışmadaki olguların SCA'yı kendi istekleri ile tercih ettikleri için doğum yöntemini %45,5'inin doktora bırakmaması beklenen bir sonuçtur. %40,8'i seçimini doktora bıraksalar bile doktorlarında SCA'yı istediklerini bildikleri için bu cevap sonucu değiştirmemektedir.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Tıbbi endikasyon (anne ve bebek sağlığı için sezaryeni gerektirecek bir durum) yoksa normal doğum seçilmelidir" ifadesine %68,3'ü (410) katılmakta, %13,8'i (83) katılmamakta, %11,3'ü (68) kesinlikle katılmaktadır (Tablo 15).

Çalışmadaki olguların yarısından çoğunun NSD'nin seçilmesi gerektiğine katılmalarına rağmen SCA'yı seçiyor olmaları şaşırtıcı bir sonuçtur.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doğum öncesi eğitim almış olmak normal doğum yöntemini seçmede etkili olmaktadır" ifadesine %51,5'i (309) katılmakta, %22,5'i (135) kararsız, %21,8'i (131) katılmamaktadır (Tablo 15).

Çalışmadaki olguların %16,7'si doğum öncesi eğitim almış olmasına rağmen, %51,5'i doğum öncesi eğitim almış olmanın NSD'yi seçmede etkili olacağına inanmaktadır. Buna karşın %83,3'ü eğitim almamıştır. Doğum öncesi eğitim almış olsalar idi NSD oranında artma meydana gelmiş olabilirdi.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doğum öncesi eğitim programını hemşire/ ebeden almak isterim" ifadesine %75,8'i (455) katılmakta, %13,5'i (81) kararsız, %7,8'i (47) katılmamaktadır (Tablo 15).

Çalışma olguların %75,8 gibi yüksek bir oranda doğum öncesi programı hemşire/ebeden almak istemektedirler. Fakat sadece %16,7'si doğum öncesi eğitim almışlardır. Doğum öncesi eğitim programları henüz ülkemizde yaygın değildir. Çiftlerin bu programlar ile özellikle doğum, nefes alıp-verme ve relaksasyon teknikleri üzerine odaklanılması ile doğum sancısını daha az hissetmeleri sağlanıp NSD'yi seçmelerine katkı sağlamaktadır. Doğum yöntemlerinin seçiminde etkili olan tutum ve davranışların olumlu yönde etkilenmesi ve değiştirilmesi için de ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Doğum öncesi eğitim programı da bunlardan biri ve en önemlisidir. Güler K (1982) ve Yıldırım'ın G (2006) çalışmalarında belirtildiği gibi doğum öncesi eğitim programı ve intrapartum destek, kadınların anksiyete ve korku düzeyini azaltarak ikinci evrenin daha kısa sürede, müdahale olmadan ve olumlu deneyimlerle tamamlanmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca jinekolog ve obstetriklerinde kadınların bu eğitimlere gitmelerini desteklemeleri sağlanmalıdır.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır" ifadesine %81,8'i (491) katılmakta, %14,5'i (87) kesinlikle katılmakta, %2,2'si (13) kararsızdır (Tablo 15).

Çalışmadaki olguların %81,8 gibi büyük bir çoğunluğu doğum sonrası bakımın öneminin farkındadır. SCA sonrası kadınların eski haline gelmesinde daha fazla zamana ve bakıma gereksinimleri olduğundan bu oran yüksek çıkmıştır. Hemşire ve ebe, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde, bakımının sağlanmasında en uygun kişidir. Doğum sonrası problemlerin çözümlenmesinde ve lohusanın eğitim ile kendi kendine yetecek duruma gelmesinde hemşirenin ve ebenin rolü büyüktür.

Araştırma kapsamında yer alan olgular "Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır." ifadesine en çok katılım sırasıyla geliri giderine eşit olanlar, geliri giderinden az olanlar ve geliri giderinden fazla olanlar olarak sıralanmaktadır (Tablo 16).

Çalışmada geliri giderine eşit yada az olanlar NSD'yi daha çok desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan tutum ve davranışların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Olguların Sosyo-Demografik ve Doğum Yöntemlerine İlişkin Sonuçlar

- Olguların yaş ortalaması X= 32,28 ± 4,084'dir. Olguların %46,8'i (281) 32–37, %39,3'ü (236) 26–31, %10,2'si (61) 38–43, %3,3'ü (20) 20–25, %0,3'ü (2) 44–49 yaş arasındadır.
- Olguların %67,8'i (407) üniversite, %15,2'si (91) lise, %12,3'ü (74) yüksek lisans, %2,7'si (16) doktora ve üzeri, %1,3'ü (8) ilkokul, %0,7'si (4) ortaokul mezunudur. %27,2'si (163) çalışmamaktadır. Çalışan 437 olgudan %52,0'sinin (312) geliri giderini karşılıyor, %15,0'inin (90) geliri giderinden fazla, %5,8'inin (35) geliri giderinden azdır.
- Olguların %82,8'i (497) SCA, %16,5'i (99) NSD+epizyotomi, %0,7'si (4) NSD yapmıştır. %72,0'si (432) epidural anestezi, %25,3'ü (152) genel anestezi, %2,7'si (16) anestezi almadan doğum yapmışlardır.. %25,3'ü (152) genel anestezi, %57,5'i (345) epidural anestezi alarak SCA olmuştur. %14,5'i (87) epidural anestezi, %2,6'sı (16) anestezi almadan NSD olmuştur.
- Olguların %71,5'inin (429) bir çocuğu, %26,8'inin (161) iki çocuğu, %1,7'sinin (10) üç çocuğu vardır. %11,7'sinin (70) gebeliği IVF yöntemi ile gerçekleşmiştir. %16,7'si (100) doğum öncesi eğitim almış, %83,3'ü (500) almamıştır
- Sezaryen olan olguların %47,7'si (237) 32–37, %37,4'ü (186) 26–31, %11,1'i (55) 38–43, %3,4'ü (17) 20–25, %0,4'ü (2) 44–49 yaş arasındadır. %67,6'sı (336) üniversite, %15,7'si (78) lise, %11,5'i (57) yüksek lisans, %3,2'si (16) doktora ve üzeri, %1,2'si (6) ilkokul, %0,8'i (4) ortaokul mezunudur. %71,2'si (354) çalışmakta, %28,8'i (143) çalışmamaktadır. Çalişan olguların

%70,9'unun (253) geliri giderini karşılıyor, %30,7'sinin (74) geliri giderinden az, %8,4'ünün (30) geliri giderinden fazladır.

- NSD yapan olguların %48,5'i (50) 26–31, %42,7'si (44) 32–37, %5,8'i (6) 38–43, %2,9'u (3) 20–25 yaş arasındadır. %68,9'u (71) üniversite, %16,5'i (17) yüksek lisans, %12,6'sı (13) lise, %1,9'sı (2) ilkokul mezunudur. %77,7'si (80) çalışmakta, %22,3'ü (23) çalışmamaktadır. Çalışan olguların %73,8'inin (59) geliri giderini karşılıyor, %20,0'sinin (16) geliri giderinden az, %6,3'ünün (5) geliri giderinden fazladır.
- SCA olan olguların yaş ortalaması X: 32,50 ± 4,177, NSD yapan olguların ise X: 31,19 ± 3,4222dir. SCA olan olguların yaş ortalaması NSD olan olguların yaş ortalamasından anlamlı olarak yüksektir.
- Yaş (X^2=5,917, p=0,205), eğitim durumu (X^2=6,480, p=0,166), doğum yeri (X^2=8,285, p=0,308), gelir düzeyi (X^2=0,471, p=0,790), çalışma durumu (X^2=1,770, p=0,183) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Sezaryen olan olguların %69,4'ü (345) epidural anestezi, %30,6'sı (152) genel anestezi ile olmuştur. %71,8'inin (357) ilk çocuğu, %26,6'sının (132) ikinci çocuğu, %1,6'sının (8) üçüncü çocuğudur. 497 SCA olgusundan %13,5'inin (67) gebeliği IVF yöntemi ile gerçekleşmiştir. %15,7'si (78) doğum öncesi eğitim programına katılmış, %84,3'ü (419) katılmamıştır.
- NSD yapan olguların %84,5'i (87) epidural anestezi ile %15,5'i (16) anestezi almadan doğum yapmışlardır. %69,9'unun (72) ilk çocuğu, %28,2'inin (29) ikinci çocuğu, %1,9'unun (2) üçüncü çocuğudur. 103 NSD olgusundan %2,9'unun (3) gebeliği IVF yöntemi ile gerçekleşmiştir. %21,4'si (22) doğum öncesi eğitim programına katılmış, %78,6'sı (82) katılmamıştır.
- Çocuk sayısı (X^2=0,182, p=0,913), gebelik sayısı (X^2=3,568, p=0,613), ebeveynliğe hazırlık kursuna katılma durumu (X^2=1,971, p=0,160) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Anestezi türü (X^2=111,389, p=0,000) ve IVF gebeliği olma durumu (X^2=9,247, p=0,002) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- 497 sezaryen olgusundan %71,8'i (357) tıbbi nedenler, %28,1'i (140) ise kişisel nedenler ile SCA olmuştur. 357 tıbbi nedenler arasında %18,5'i (67) eski SCA, %17,9'u (64) maternal hastalık, %12,8'i (46) uzayan travay, %10,6'sı (38) prezentasyon anomalisi, %10,3'ü (37) fetal nedenler, %9,2'si (33) çoğul gebelik, %7'si (25) miad geçmesi, %4,4'ü (16) sefalopelvik uyuşmazlık, %3,9'u (14) değerli bebek (IVF), %4,7'si (17) diğer (plasenta anomalileri, uterus rüptürü, preeklampsi, EDT, EMR) nedenler ile SCA olmuştur.
- 140 kişisel nedenler arasında %62,1'i (87) ağrı korkusu, %26,4'ü (37) güvenli bulma, %12,1'i (17) diğer (zamanını belirleme isteği, sonraki cinsel yaşam gibi) nedenler ile SCA olmuştur.
- Olguların %54,0'ü (324) I. Trimesterde, %24,0'ü (144) III. Trimesterde, %19,1'i (115) travayda, %2,8'i (17) II. Trimesterde karar vermiştir
- 103 NSD olgusundan %52,4'ü (54) doğal, %23,3'ü (24) sağlıklı, %19,4'ü (20) doğum sonrası rahat olması, %4,8'i (5) diğer (doğum olayına aktif olarak katılmak, haberdar olmak gibi) nedenler ile NSD'yi seçmiştir.
- 103 NSD olgusundan %20,3'ü (21) doğum sancısı, %19,4'ü (20) dikiş ağrısı, %7,7'si (8) doğum sancısı ve dikiş ağrısı, %7,7'si (8) doğum sürecinin uzun ve zor geçmesi, %8,7'si (9) diğer (korku, hemoroid, epidural kateterin yanlış takılması, idrar yapamama) nedenler ile ilgili sorunlar yaşamışlardır. Olgulardan %35,9'u (37) sıkıntı yaşamamıştır.
- 497 SCA olgusundan %42,2'si (210) dikiş ağrısı, %14,4'ü (72) gaz ağrısı, %12,6'sı (63) dikiş ve gaz ağrısı, %1,8'i (9) emzirme zorlukları, %1,8'i (9) epidural kateterin verdiği ağrı ve rahatsızlıklar, %1,3'ü (4) bel ağrısı, %4,2'si (21) diğer (tansiyon yüksekliği, baş ağrısı, kasık ağrısı, kabızlık, alerji, bulantı) nedenler ile ilgili sorunlar yaşamışlardır. Olgulardan %21,9 (109) sıkıntı yaşamamıştır.
- 600 olgudan %81,5'inin (489) planlanan doğum yöntemi doğumda değişmemiş, %18,5'inin (111) ise değişmiştir.
- 111 olgudan %25,2'si (28) üzüntü, %11,7'si (13) sevinç, %6,3'ü (7) hayal kırıklığı, %5,4'ü (6) kendini hazır hissetmeme, %1,8'i (2) korku, %1,8'i (2) endişe, %4,5 (5) diğer (stres, tedirginlik, panik, kuşku, heyecan) hissetmişlerdir. Olgulardan %43,2'si (48) ise etkilenmediğini ifade etmişlerdir.

- 140 SCA olgusundan %39,2'si (55) SCA sonrası ağrılı olması, %38,5'i (54) NSD'nin doğal olması, %10,7'si (15) NSD sonrası toparlanmanın kolay olması, %7,1'i (10) NSD'nin daha sağlıklı olması, %4,2'si (6) diğer (NSD'yi hissetmek) nedenler ile tavsiye etmemektedir.
- NSD'yi tavsiye etmeme nedenleri incelendiğinde; 7 NSD olgusunun %57,1'i (4) doğum sancısı, %28,5'i (2) doğum sürecinin uzun ve zor olması, %14,2'si (1) bebeğin boynuna kordon dolanmasından dolayı sıkıntı yaşanması nedeni ile tavsiye etmemektedir.

6.1.2. Olguların Doğum Yöntemine Göre Tercihlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- SCA olgularının %28,1'i (140) SCA'yı kendi tercih etmiş, %71,9'i (357) kendi tercih etmemiştir. NSD olgularının %97,1'i (100) NSD'yi kendi tercih etmiş, %2,9'u (3) kendi tercih etmemiştir
- Doğum metodunu kendi tercih etme (X^2=158,261, p=0,000) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- SCA olgularının %71,8'i (357) SCA'yı diğer kadınlara tavsiye etmiş, %28,2'si (140) etmemiştir. NSD olgularının %93,2'si (96) NSD'yi diğer kadınlara tavsiye etmiş, %6,8'i (7) etmemiştir
- Doğum metodunu diğer kadınlara tavsiye etme (X^2=21,070, p=0,000) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur
- Tekrar doğum yaparlarsa aynı metodu tercih etme durumu (X^2=10,759, p=0,001) yönünden SCA ve NSD yapan olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur
- SCA olgularının %82,3'ü (409) tekrar doğum yaparlarsa SCA'yı tercih edecekler, %17,7'si (88) tercih etmeyeceklerdir. NSD olgularının %95,1'i (98) tekrar doğum yaparlarsa NSD'yi tercih edecekler, %4,9'u (5) tercih etmeyeceklerdir
- Sezaryen olan olgulardan %88,6'sı (132) SCA'yı kendi tercih etmiş ve diğer kadınlara tavsiye etmektedir. 64,7'si ise (225) SCA'yı kendi tercih etmemiş

fakat diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %11,4'ü (17) SCA'yı kendi tercih etmiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmemektedir. %35,3'ü (123) SCA'yı kendi tercih etmemiş ve diğer kadınlara tavsiye etmemektedirler.

- NSD yapan olgulardan %93'ü (93) NSD'yi kendi tercih etmiş ve diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %100'ü (3) ise NSD'yi kendi tercih etmemiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmektedir. %7'si (7) NSD'yi kendi tercih etmiş fakat diğer kadınlara tavsiye etmemektedir. NSD yapan olguların arasında kendi tercih etmemiş ve diğer kadınlara tavsiye etmeyen yoktur.
- SCA ve NSD yapan olgular da, kendi doğum metodunu diğer kadınlara tavsiye edenler ile doğum metodunu kendileri tercih edenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (X^2=108,587, p=0,000)
- SCA ve NSD yapan olgular da, kendi doğum metodunu diğer kadınlara tavsiye etmeyenler ile doğum metodunu kendileri tercih edenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (X^2=37,669, p=0,000)

6.1.3. Olguların Doğum Yöntemlerine İlişkin Hazırlanmış İfadelere Katılma Durumları İle Demografik Özellikler, Obstetrik Özellikler Ve Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- S1: "Sezaryen modern bir yöntem, normal doğum eski/ modası geçmiş bir yöntemdir" ifadesine %72,5'i (435) katılmamakta, %13'ü (78) kesinlikle katılmamakta, %7,2'si (43) ise katılmaktadır.
- S2: "Sezaryen, normalden ziyade anormal gebelikler de uygulanan cerrahi bir işlemdir" ifadesine %55,7'si (334) katılmakta, %33,2'si (199) katılmamakta, %5,0'i (30) kesinlikle katılmaktadır.
- S3: "Anne ve bebek için, sezaryen ile yapılan doğum, normal doğumdan daha güvenlidir" ifadesine %41,3'ü (248) katılmamakta, %34'ü (204) katılmakta, %18,8'i (113) kararsızdır.
- S4: "Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine %41,2'si (247) katılmakta, %25,3'ü (152) katılmamakta, %27,3'ü (164) kararsızdır. "Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla geliri giderinden az olanlar, geliri giderinden fazla olanlar ve geliri giderine eşit olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,003)

"Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve genel anestezi ile SCA olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,000) "Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır" ifadesine en çok katılım sırasıyla doğumunda anestezi almayanlar, epidural anestezi alanlar ve genel anestezi alanlar olarak sıralanmaktadır (anova p=0,000)

- S5: "İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır" ifadesine %49,2'si (295) katılmakta, %24,0'ü (144) katılmamakta, %23,2'si (139) kararsızdır. "İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır" ifadesine 32–37 yaş arasındakiler, 26–31 yaş arasındakilere oranla daha çok katılmaktadırlar. (anova p=0,03)
- S6: "Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer" ifadesine %65,8'si (395) katılmakta, %15,7'si (94) kararsız, %9,3'ü (56) kesinlikle katılmakta, %7,7'si (46) katılmamaktadır. "Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer" ifadesine en çok katılım sırasıyla genel anestezi ile SCA olanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve NSD yapanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,000)
- S7: "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine %48,7'si (292) katılmamakta, %33,8'i (203) katılmakta, %8,8'i (53) kararsızdır. Eğitim düzeyi açısından "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine en çok katılım sırasıyla yüksek lisans mezunu, üniversite mezunu, ortaokul mezunu, doktora ve üzeri, lise mezunu ve ilkokul mezunu olarak sıralanmaktadır (anova p=0,01) "Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar" ifadesine en çok katılım sırasıyla doğumunda genel anestezi alanlar, epidural anestezi alanlar ve anestezi almayanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,000)
- S8: "Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır" ifadesine %44,0'ü (264) katılmakta, %31,8'i (191) kararsız, %18,5'i (111) katılmamaktadır. "Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, epidural anestezi ile SCA olanlar ve genel anestezi ile SCA olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,009) "Normal doğum, sezaryene göre daha

ağrılıdır" ifadesine en çok katılım sırasıyla doğumunda anestezi almayanlar, epidural anestezi alanlar ve genel anestezi alanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,03)

- S9: "Her kadın normal doğum yapma potansiyeline sahiptir" ifadesine %49,7'si (298) katılmakta, %34,5'i (207) katılmamakta, %8,3'ü (50) kararsızdır.
- S10: "Bir kadının vajinası doğum için değil seksüel aktiviteler için yaratılmıştır" ifadesine 498'i (%83) katılmamakta, 63'ü (%10,5) kesinlikle katılmamakta, 21'i (%3,5) kararsız, 14'ü (%2,3) katılmaktadır.
- S11: "Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma göre tercih etmektedir" ifadesine %48,5'i (291) katılmakta, %33,0'ü (198) katılmamakta, %15,5'i (93) kararsızdır. "Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma göre tercih etmektedir" ifadesine en çok katılım sırasıyla NSD yapanlar, genel anestezi ile SCA olanlar ve epidural anestezi ile SCA olarak sıralanmaktadır (anova p=0,006)
- S12: "Doğum yöntemini seçmek doktora bırakılmalıdır" ifadesine %45,5'i (273) katılmamakta, %40,8'i (245) katılmakta, %8,7'si (52) kararsızdır.
- S13: "Tıbbi endikasyon (anne ve bebek sağlığı için sezaryeni gerektirecek bir durum) yoksa normal doğum seçilmelidir" ifadesine %68,3'ü (410) katılmakta, %13,8'i (83) katılmamakta, %11,3'ü (68) kesinlikle katılmaktadır.
- S14: "Doğum öncesi eğitim almış olmak normal doğum yöntemini seçmede etkili olmaktadır" ifadesine %51,5'i (309) katılmakta, %22,5'i (135) kararsız, %21,8'i (131) katılmamaktadır.
- S15: "Doğum öncesi eğitim programını hemşire/ ebeden almak isterim" ifadesine %75,8'i (455) katılmakta, %13,5'i (81) kararsız, %7,8'i (47) katılmamaktadır.
- S16: "Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır" ifadesine %81,8'i (491) katılmakta, %14,5'i (87) kesinlikle katılmakta, %2,2'si (13) kararsızdır. "Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır." ifadesine en çok katılım sırasıyla geliri giderine eşit olanlar, geliri giderinden az olanlar ve geliri giderinden fazla olanlar olarak sıralanmaktadır. (anova p=0,02)

6.2. ÖNERİLER

Çalışmada, özel hastane örnekleminde sezaryen oranının oldukça yaygın olduğu, kadınların doğum tercihinde kişisel nedenlerin önemli yer tuttuğu, sezaryeni ağrı korkusu nedeni ile seçtikleri, sezaryeni seçenlerin aynı zamanda etrafındaki kadınlara tavsiye ettikleri, normal doğumu destekleyen ifadelere katılımın yüksek olduğu, sezaryenin anormal gebelikler için uygun bir prosedür olduğunu kabul etmelerine rağmen daha kolay ve ağrısız olduğunu, doğum öncesi eğitimin önemine inandıkları ve bu eğitimi ebe/hemşireden almak istedikleri belirlenmiştir. Bu çalışma örneklemi sadece İstanbul'da bir özel hastanede sezaryen ve normal doğum yapan bir grup kadını kapsamaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçların tüm doğum yapan kadınlara genellenmesi örneklem hacminden dolayı sınırlıdır. Ancak bu bulgular sınırlı olmakla birlikte özel bir hastaneden hizmet almakta olan doğum yapmış kadınların sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan tutum ve davranışları hakkında bazı ipuçları vermekte olup, sezaryen artış nedenleri ve sezaryen oranının azaltılmasında hemşirelere yol gösterebilir. SCA oranının azaltılması amacıyla aşağıda bazı öneriler sunulmuştur.

1. Gebelerin doğum öncesi dönemde doğum eylemine hazırlanmalarını sağlamak için ilgili kuruluşlarda doğuma hazırlık programlarının yaygınlaştırılması ve bu hazırlık programları ile ikinci evrenin daha kısa sürede, müdahale olmadan, anksiyete düzeyi düşük ve olumlu deneyimlerle tamamlanmasının sağlanıp normal doğumu tavsiye oranının arttırılmasının sağlanması,

2. Doğumhanede çalışan sağlık ekibinin ıkınma teknikleri, nefes egzersizleri ve önemi konusunda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve doğumhanede uygulatılması,

3. Jinekolojlar da izledikleri gebelerin bu eğitimlere katılmalarını desteklemeli, hastanın endişelerini keşfetmeli, bilgi vermeli ve hastanın rıza göstermesini sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

ACOG Committee Opinion No. 340. (2006). Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol,* **108(1),** 235–237.

ACOG Practice Bulletin. (1999). Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet,* **66,** 197–204.

Akşit, A., Çakmak, F., Erate, Y., Ergün, A., Kafkaslı, A. ve Kanıt, H. (2002). II. Dünya Perinatal Tıp Kongresi (Gelişmekte Olan Ülkeler İçin) 1–5 Ekim 2002 Antalya-Türkiye. *Perinatoloji Dergisi,* **10(2),** 300–307.

Allen, M., O'Connell, C., Liston, R. ve Baskett, T. (2003). Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *The American College of Obstetricians and Gynecologists,* **102 (3),** 477–482.

Althabe, F., Bellizan, J., Villar, J., Alexander, S., Bergel, E., Ramos, S. ve ark. (2004). Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet,* **363,** 1934–1940.

Anderson, G.M. (2004). Making sense of rising caesarean section rates. *BMJ,* **329,** 696–697.

Appleton, B., Targett, C., Rasmussen, M., Readman, E., Sale, F. ve Permezel, M. (2000). Vajinal birth after caesarean section: an Australian multicentre study. *Obstetrical & Gynecological Survey,* **55 (11),** 680–682.

Berkman, S. (Ed.). (2004). *Doğum Bilgileri.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Blanchette, H., Blanchette, M., McCabe, J. ve Vincent, S. (2001). Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* **184 (7),** 1478-1487.

Cahil, A., Stamilio, D., Odibo, A., Peipert, J., Ratcliffe, S., Stevens, E. ve ark. (2006) Is vajinal birth after cesarean or elective repeat cesarean safer in women with a prior vajinal delivery? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **195 (4),** 1143–1147.

Caughey, A.B., Shipp, T.D., Repke, J.T., Zelop, C.M., Cohen, A. ve Lieberman, E. (1999). Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol,* **181(4),** 872–876.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). Rates of cesarean delivery among Puerto Rican women-Puerto Rico and the U.S. mainland, 1992–2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, **55(3),** 68–71.

Chauhan, S., Magann, E., Carroll, C., Barrilleaux, P., Scardo, J. ve Martin, J. (2001). Mode of delivery for the morbidly obese with prior cesarean delivery: Vaginal versus repeat cesarean section. *Am J Obstet Gynecol,* **185(2),** 349–354.

Chong, E. ve Mongelli, M. (2003). Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal Deliveries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **80,** 189–194.

Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi,* **4(3),** 181–184.

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C. ve Wenstrom KD. (2001). *Williams Doğum Bilgisi.* (21st ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Declercq, E., Menacker, F. ve MacDorman, M. (2006) Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991–2002. *American Journal of Public Health*, **96 (5),** 867–872.

Dodd, J., Pearce, E. ve Crowther, C. (2004) Women's experiences and preferences following caesarean birth. *Aust. NZ. J. Obstet Gynaecol,* **44,** 521–524.

Dodwell, M. (2002). Should women have the right to a clinically unnecessary caesarean section?. *MIDIRS Midwifery Digest*, **12(2)**, 274–277.

Donati, S., Grandolfo, M. ve Andreozzi, S. (2003). Do Italian Mothers Prefer Cesarean Delivery?. *BIRTH*, **30(2),** 89–93.

Eden, K., Hashima, J., Osterweil, P., Nygren, P. ve Guise, J. (2004). Childbirth preferences after cesarean birth: a review of the evidence. *BIRTH,* **31,** 49–60.

Fenwick, J., Gamble, J. ve Mawson, J. (2003). Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarian: a birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice,* **9**, 10–17.

Flamm, B., Berwick, D. ve Kabcenell, A. (1998). Reducing Cesarean Section Rates Safely: Lessons from a "Breakthrough Series" Collaborative. *BIRTH*, **25(2),** 117–124

Franzcog, S., Franzcog, D. ve Franzcog, C. (2004). Elective caesarean sections at maternal request. *O&G*, **6 (3),** 186–189.

Gamble, J. ve Creedy, D. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *BIRTH,* **28**, 101–110.

Gamble, J. ve Creedy, D. (2000). Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *BIRTH*, **27**, 256-263.

Geary, M., Wilshin, J., Persaud, M., Hindmarsh, P. ve Rodeck, C. (1998). Do doctors have an increased rate of caesarean section?. *Lancet*, **351,** 1177

Goepfert, A.R., Guinn, D.A., Andrews, W.W. ve Hauth, J.C. (1997). Necrotizing fasciitis after cesarean delivery. *Obstet Gynecol,* **89(3),** 409–412.

Golfier, F., Vaudoyer, F., Ecochard, R., Champion, F., Audra, P. ve Raudrant, D. (1998). Planned vajinal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **2001,** 186–192

Gülay, Yıldırım. (2006). Doğum eyleminde uygulanan ıkınma tekniklerinin anne ve fetüsün üzerindeki etkisini değerlendirmek, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **10(6),** 49-56

Günalp, S. ve Tuncer, S. (2004). *Kadın Hastalıkları ve Doğum.* Ankara: Pelikan Yayıncılık.

Güngör, İ., Gökyıldız, Ş. ve Nahcivan, N. (2004). Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, **13(53),** 185–197.

Hamilton, B.E., Martin, J.A. ve Sutton, P.D. (2003). Births: preliminary data for 2002. *Natl Vital Stat Rep.*, **51(11),** 1–20.

Hamilton, B.E., Martin, J.A., Ventura, S.J., Sutton, P.D. ve Menacker, F. (2005). Births: preliminary data for 2004. *Natl Vital Stat Rep.*, **54 (8),** 1–17.

Hannah, M. (2004). Planned elective cesarean section: a reasonable choice for some women?. *CMAJ,* **170 (5),** 813-814.

Hannah, M.E., Hannah, W.J., Hewson, S.A., Hodnett, E.D., Saigal, S. ve Willan, A.R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet,* **356,** 1375–1383.

Hibbard, J., Ismail, M., Wang, Y., Te, C., Karrison, T. ve Ismail, M. Failed vajinal birth after a cesarean section: How risky is it?: I. Maternal morbidity. (2001). *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* **184 (7),** 1365–1373.

Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002; **109 (6):** 618

Hopkins, K. ve Amaral, E. (2005). The role of nonclinical factors in cesarean section rates in Brazil. (web page on the Internet). Erişim 23.08.2006, Princeton University: http://paa2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50741#search=%22the%20role%20of%20nonclinical%20factors%20in%20cesarean%20section%22

Hopkins, K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?. *Social Science & Medicine,* **51,** 725–740.

Hoskins, I.A. ve Gomez, J.L. (1997). Correlation between maximum cervical dilatation at cesarean delivery and subsequent vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol,* **89(4),** 591–593.

Impey, L. ve O'Herlihy, C. (1998). First delivery after cesarean delivery for strictly defined cephalopelvic disproportion. *Obstet Gynecol,* **92(5),** 799–803.

Isaacs, J.D., Magann, E.F., Martin, R.W., Chauhan, S.P. ve Morrison, J.C. (1994). Obstetric challenges of massive obesity complicating pregnancy. *J Perinatol.,* **14(1),** 10–14.

Jongen, V.H., Halfwerk, M.G. ve Brouwer, W.K. (1998). Vaginal delivery after previous caesarean section for failure of second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol.,* **105(10),** 1079–1081.

Kale, A., Akdeniz, N., Erdemoğlu, M., Yalınkaya, A. ve Yayla, M. (2005). Retrospective analysis of 660 stillbirth cases during ten years period. *Perinatoloji Dergisi,* **1(2),** 101–104.

Keriman, G. (1982). Doğuma fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanmış gebelerle, hazırlanmamış olanların antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerdeki anksiyete farklılıklarının araştırılması. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi.* İstanbul.

Kızılkaya, N. (2003). Annelerin erken lohusalık dönemindeki ilgilerinin belirlenmesi. *Perinatoloji Dergisi,* **11(1–2),** 13–19.

Kiran, T. ve Jayawickrama, N. (2002) Who is responsible for the rising section rate? *Journal of Obstetrics and Gynaecology,* **22(4),** 363-365.

Lawrie, T.A., Jager, M. ve Hofmeyr, G.J. (2001). High cesarean section rates□for pregnant medica□ practitioners in South Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* **72,** 71–73.

Lee, S., Khang, Y. ve Lee, M. (2004). Women's attitudes toward mode of delivery in South Korea: a society with high cesarean section rates. *BIRTH,* **31(2),** 108-116.

Leeman, L. ve Lauren, P. (2006) Patient-choice vaginal delivery?. *Annals of Family Medicine* 2006, **4(3),** 265–268.

Leeman, L. ve Leeman, R. (2003). A native American community with a % 7 cesarean delivery rate: does case mix, ethnicity, or labor management explain the low rate?. *Ann Fam Med,* **1,** 36–43.

Lien, J.M., Towers, C.V., Quilligan, E.J., de Veciana, M., Toohey, J.S. ve Morgan, M.A. (1995). Term early-onset neonatal seizures: obstetric characteristics, etiologic classifications, and perinatal care. *Obstet Gynecol.,* **85(2),** 163–169.

Lilford, R.J., Coeverden, G., Moore, P.J. ve Bingham, P. (1990). The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol.,* **97(10),** 883–892.

Lin, H., Sheen, T., Tang, C. ve Kao, S. (2004). Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand,* **83,** 1178–1183.

Lydon-Rochelle, M. Gardella, C. Cárdenas, V. ve Easterling, T. (2006). Repeat cesarean delivery: what indications are recorded in the medical chart?. *Birth: Issues in Perinatal Care*, **33 (1),** 4–11.

MacDorman, M., Marian, F., Declercq, E., Menacker, F. ve Malloy, M. (2006). Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998–2001 birth cohorts. *BIRTH*, **33(3),** 175–182.

Manthata, A., Hall, D., Steyn, P. ve Grove, D. (2006.) The attitudes of two groups of South African women towards mode of delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **92,** 87–91.

Martin, J.N. Jr, Perry, K.G. Jr, Roberts, W.E. ve Meydrech, E.F. (1997). The case for trial of labor in the patient with a prior low segment vertical cesarean incision. *Am J Obstet Gynecol.*, **177(1),** 144–148.

McMahon, M.J., Luther, E.R., Bowes, W.A. Jr ve Olshan, AF. (1996). Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med.*, **335(10),** 689–695.

McNiven, P., Kaufman, K., McDonald, H. ve Campbell, D.C. (2001) Prevention: planned cesarean delivery reduces early perinatal and neonatal complications for term breech presentations. *Canadian Journal of Anaesthesia*, **48(11),** 1114–1116.

Mufti, R., McCarthy, A. ve Fisk, N. (1997). Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol*, **73,** 1–4.

National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement. (2006). Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol*, **107(6),** 1386–1397.

Nelson, K.B., Dambrosia, J.M., Ting, T.Y. ve Grether, J.K. (1996). Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *N Engl J Med.*, **334(10),** 613–618.

Nisenblat, V., Barak, S., Griness, O.B., Degani, S., Ohel, G. ve Gonen, R. (2006). Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstetrics & Gynecology*, **108(1),** 21–26.

Özcan, K. ve Kulakaç, Ö. (2007). The knowledge levels of women who have had caesarean section about caesarean. *The 2nd Nursing Conference in Kosova 23–26 May 2007,* **1**, 51–52.

Park, C., Yeoum, S. ve Choi, S. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences,* **7,** 3–8.

Perlow, J.H. ve Morgan, M.A. (1994). Massive maternal obesity and perioperative cesarean morbidity. *Am J Obstet Gynecol.*, **170(2),** 560–565.

VKV Amerikan Hastanesi Arşiv Kayıtları, Personel Hasta ve Yatak Muvazene Formu, 2004

Pinette, M., Kahn, J., Gross, K., Wax, J., Blackstone, J. ve Cartin, A. (2005). Vaginal birth after cesarean rates are declining rapidly in the rural state of Maine. *Obstetrical & Gynecological Survey,* **60(4),** 219–220.

Rajasekar, D. ve Hall, M. (1997). Urinary tract injuries during obstetric intervention. *Br J Obstet Gynaecol.*, **104(6),** 731–734.

Ronsmans, C., Etard, F., Walraven, G., Hoj, L., Dumont, A., Bernis, L. ve ark. (2003). Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. *Tropical Medicine and International Health,* **8,** 940–948.

Rortveit, G., Daltveit, A., Hannestad, Y. ve Hunskaar, S. (2003). Urinary incontinence after vajinal delivery or cesarean section. *The New England Journal of Medicine*, **348**, 900–907.

Sayıner, D., Özerdoğan, N., Giray, S. ve Özdemir, E. (2007). Kadınların doğum şekli tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 19-22 Nisan*, **1,** 268.

Scheller, J.M ve Nelson, K.B. (1994). Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? *Obstet Gynecol*, **83(4),** 624–630.

Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E., Husslein, P. ve Langer, M. (2003). Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, **82,** 834.

Scott, J. (2006). Cesarean delivery on request. *The American College of Obstetricians and Gynecologists,* **107(6),** 1222–1223.

Scott, J., Hammond, C., Disaia, P. ve Spellacy, W. (1997). *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji.* (7th ed.). İstanbul: Lippincott Company&Yüce Yayım A.Ş.

Shallow, H. (2004). The caesarean section debate. *Midwifery Matters*, **101,** 13–14.

Shipp, T.D., Zelop, C.M., Repke, J.T., Cohen, A., Caughey, A.B. ve Lieberman, E (1999). Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol.,* **94(5),** 735–740.

Sözeri, C., Şahin, S., Cevahir, R. ve Semiz, O. (2007). Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne başvuran kadınların doğum şekli tercihleri ve tercih nedenleri. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 19-22 Nisan*, **1,** 297.

Şahin, N., Güngör, İ. ve Sömek, A. (2007). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: bir özel hastane örneklemi. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 19-22 Nisan*, **1,**?.

Terhaar, M. (2005). The decision for cesarean birth. *JNP*, **1,** 141–147.

Turnbull, D.A., Wilkinson, C., Yaser, A., Carty, V., Svigos, J.M. ve Robinson, J.S. (1999). Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Med J Aust*, **170(12),** 580–583.

TNSA (2003) Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım. Ankara: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (İnternette). Erişim 23.08.2006, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum10.pdf

Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavalet N., Carroli, G., Velazc, A. ve ark. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, **367**, 1819-1829.

Villar, J., Valledares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A. ve ark. (2006). Vajinal delivery after caesarean section: a prospective study of 146 cases. *Zentralblatt fur Gynakologie,* **128(4),** 213–216.

Yaramış, N., Çalışkan, Z., Kartal, B., Şimşek, N. ve Tekvin, Ü. (2007). Nevşehir Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde canlı doğum yapan annenlerin doğum şekilleri ve nedenleri. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 19-22 Nisan*, **1,** 327.

Zeteroğlu, Ş., Şahin, G. ve Sürücü, R. (2003). Sezaryen operasyonlarında fetal kesici yaralanmalar. *Perinatoloji Dergisi*, **11(1–2),** 33–36.

Wagner, M. (2000). Choosing caesarean section. *Lancet,* **356,** 1677–1680.

Walker, R., Turnbull, D. ve Wilkinson, C. (2004). Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. *BIRTH*, **31**, 117–124.

Wang, H., Chung, U., Sung, M. ve Wu, S. (2006). Development of a web-based child birth education program for vaginal birth after c-section (VBAC) mothers. *J. Nursing Research,* **14(1),** 1–8

Wax, J., Cartin, A., Pinette, M. ve Blackstone, J. (2005). Patient choice cesarean the maine experience. *BIRTH*, **32(3),** 203–206.

Weaver, J. ve Statham, H. (2005). Wanting a caesarean section; the decision process. *British Journal Of Midwifery,* **13(6),** 370–373.

Wen, S.W., Rusen, I.D., Walker, M., Liston, R., Kramer, M.S., Baskett, T. ve ark. (2004). Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and

elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* **191(4),** 1263–1269.

EKLER

VERİ TOPLAMA FORMLARI

EK 1A: SOSYO-DEMOGRAFIK VE OBSTETRIK ÖZELLIKLER SORU FORMU

1) Yaşınız : .....yaş

a) 20- 25 (1) b) 26–31 (2) c) 32–37 (3)

d) 38- 43 (4) e) 44- 49 (5)

f) Diğer _____

2) Eğitim durumunuz:.....yıl

a) Ortaokul (1) b) Lise (2) c) Üniversite (3)

d) Yüksek lisans (4) e) Doktora ve üzeri (5) f) Diğer _____

3) Doğum yeriniz: _____ili

4) a) Marmara Bölgesi (1) b) Ege Bölgesi (2)

c) Akdeniz Bölgesi (3) d) Doğu Anadolu Bölgesi (4)

e) Güneydoğu Anadolu Bölgesi (5) f) Karadeniz Bölgesi (6)

g) İç Anadolu Bölgesi (7) h) Yurt Dışı (8)

5) Mesleğiniz: .....

6) Çalışıyor musunuz?

a) Evet (1) b) Hayır (2)

7) Çalışıyor iseniz;

a) Gelirim giderimden fazla (1) b) Gelirim giderimden az (2)

c) Gelirim giderimi karşılıyor(3)

8) Kaçıncı gebeliğiniz? ---------G

_____

9) Kaç çocuğunuz var?--------P

_____

10) Düşük yaptınız mı? Yaptıysanız kaç tane?--------A

_____

11) Kürtaj yaptınız mı? Yaptıysanız kaç tane?-------D&C

_____

12) Bu doğumunuzda gebe kalırken yardımcı üreme tekniklerini (tüp bebek) kullandınız mı? ---
---Tüp

a) Evet (1) b) Hayır (2)

13)Bu gebelikteki doğum yönteminiz ne idi? ------metod

a) Sezaryen (1) b) Vajinal (2) c) Vajinal+ epp (3) d) Diğer_____

14) Bu gebelikte kullanılan anestezi şekli ne idi? ------ anestezi

a) Epidural anestezi (1) b) Genel anestezi (2) c) Anestezi yok (3) d) Pudental blok

15) Bu gebeliğiniz nerede izlendi? -----yer

_____

_____

16) Ebeveynliğe hazırlık kurslarına katıldınız mı? ------ kurs

a) Evet (1) b) Hayır (2)

17) Katıldıysanız nerede? ------kursnerede

a) Özel kurs (1) b) Hastane (2) c) Diğer _____

18) Kimden aldınız? -----kurskim

a) Hemşire/ebe (1) b) Kadın Doğum Doktoru (2) c) Diğer_____

19) Bu doğumdaki doğum yönteminizi siz mi tercih ettiniz? ------ tercih

a) Evet (1) b) Hayır (2)

20) Cevabınız hayır ise: doğum yönteminizi kim belirledi? ------ kim

a) Doktor (1) b) Eş (2) c) Anne (3) d) Diğer_____

21 Doğum yönteminizi seçmenizdeki en önemli neden ne idi? ------ nedeny

_____

_____

22) Doğum yönteminiz ne zaman belirlendi? ------ zaman

_____

_____

23) Planlanan doğum yönteminiz doğumda değişti mi? Değişti ise neler hissettiniz? ----- değişmek

_____

_____

24) Bu gebeliğinizdeki doğum yöntemi ile ilgili yaşadığınız en büyük sıkıntılar nelerdi? ---- sıkıntı

_____

_____

25) Bu doğumdaki doğum yönteminizi etrafınızdaki insanlara tavsiye eder misiniz? -- ----- tavsiye

a) Evet (1) b) Hayır (2)

26) Cevabınız hayır ise: nedeni nedir? ----nedent

_____

_____

27) Tekrar doğum yaparsanız aynı yöntemi tercih eder misiniz? -----aynı

a) Evet (1) b) Hayır (2)

Daha önce bir doğum gerçekleştirdiyseniz aşağıdaki sorulara devam edebilisiniz. Eğer bu ilk doğumunuz ise diğer sayfaya geçebilirsiniz. Teşekkür ederim.

28) Önceki gebelikteki doğum yönteminiz ne idi? ------Mmetod

a) Sezaryen (1) b) Vajinal (2) c) Vajinal+ epp (3) d) Diğer

_____

29) Önceki gebelikte kullanılan anestezi şekli ne idi? ------Manestezi

a) Epidural anestezi (1) b) Genel anestezi (2) c) Anestezi yok (3) d) Pudental blok

30) Önceki doğumdaki doğum yönteminizi siz mi tercih ettiniz? ------- Mtercih

a) Evet (1) b) Hayır (2)

31) Cevabınız hayır ise: doğum yönteminizi kim belirledi?------ Mkim

a) Doktor (1) b) Eş (2) c) Anne (3) d) Diğer_____

32) Önceki gebeliğinizdeki doğum yöntemi ile ilgili yaşadığınız en büyük sıkıntılar nelerdi? ----Msıkıntı

_____

_____

33) Önceki doğumdaki doğum yönteminizi etrafınızdaki insanlara tavsiye eder misiniz?

a) Evet (1) b) Hayır (2)

34) Cevabınız hayır ise: nedeni nedir? -----Mnedent

_____

_____

35) Tıbbi endikasyonu (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır) -----end

_____

Teşekkür Ederim

EK 1B: DOĞUM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLER FORMU

Aşağıdaki doğum yöntemlerine ait bazı görüşler yer almaktadır. Hiç biri doğru ya da değildir. Bu cümleleri **1: Kesinlikle Katılıyorum 2: Katılıyorum 3: Kararsızım 4: Katılmıyorum 5: Kesinlikle Katılmıyorum** şeklinde cevaplandırınız

Tutumlar	Katılma Durumu				
	1	2	3	4	5
S1: Sezaryen modern bir yöntem, normal doğum eski/ modası geçmiş bir yöntemdir					
S2: Sezaryen, normalden ziyade anormal gebelikler de uygulanan cerrahi bir işlemdir					
S3: Anne ve bebek için, sezaryen ile yapılan doğum, normal doğumdan daha güvenlidir					
S4: Sezaryen ile doğum, normal doğuma göre daha kolaydır					
S5: İlk doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar, bundan sonraki doğumlarını da aynı şekilde yapmalıdır					
S6: Sezaryen sonrası toparlanmak normal doğuma göre daha uzun sürer					
S7: Doğumunu sezaryen ile yapan kadınlar çok önemli bir şeyleri kaçırmaktadırlar					
S8: Normal doğum, sezaryene göre daha ağrılıdır					
S9: Her kadın normal doğum yapma potansiyeline sahiptir.					
S10: Bir kadının vajinası doğum için değil seksüel aktiviteler için yaratılmıştır					
S11: Doktorlar, doğum risklerine karşı kadını ve bebeği korumak için sezaryeni normal doğuma göre tercih etmektedir					
S12: Doğum yöntemini seçmek doktora bırakılmalıdır.					
S13: Tıbbi endikasyon (anne ve bebek sağlığı için sezaryeni gerektirecek bir durum) yoksa normal doğum seçilmelidir.					
S14: Doğum öncesi eğitim almış olmak normal doğum yöntemini seçmede etkili olmaktadır					
S15: Doğum öncesi eğitim programını hemşire/ ebeden almak isterim					
S16: Doğum sonrası kaliteli bakım almak doğum öncesi duruma dönmeyi kolaylaştırır					

EK:2 HASTA ONAY FORMU

VKV Amerikan Hastanesi Kadın Doğum servisinde yapılan "Sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi" konulu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adınız-Soyadınız

İmza

EK:3 HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli Anne,

VKV Amerikan Hastanesi Kadın Doğum servisinde yapılan "Sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi" konulu çalışma yapmaktayız. Bu çalışmadaki amacımız sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine karşı olan davranış ve tutumlarını belirlemektir. Bu bir tez çalışmasıdır. Bu çalışmadaki kayıtlar gizli tutulacaktır. Çalışma sonuçları kongrelerde sunulabilir, makale olarak yayınlanabilir. Kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Hem.Aslı KARAKUŞ

ETİK KURUL KARARI

AMERİKAN HASTANESİ
Sağlıkta mükemmellik... 1920'den beri

17.08.2006

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

KONU : Tez çalışması izin talebiniz hakkında

İLGİ : B. 30.2.İST.0.82.00.00/3180 sayı 15.08.2006 tarihli yazınız.

Sayın Prof.Dr. Güler AKSOY

Yüksekokulunuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard. Doç.Dr.Nevin Hotun Şahin'in danışmanlığında yüksek lisans yapan Sn. **Aslı KARAKUŞ**'un "Sezaryan ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Olan Davranış ve Tutumlarının İncelenmesi " başlıklı tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunar çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Seçil AKSAYAN
V.K.V. Sağlık Kurumları
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

CC: Sn Ayse Pişkin

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ASLI	**Soyadı**	KARAKUŞ
Doğ.Yeri	İZMİR	**Doğ.Tar.**	06.10.1982
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	50689258452
Email	akarakus05@alm.ku.edu.tr	**Tel**	05365547091

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	KOÇ ÜNİVERSİTESİ	2005
Lise	TEĞMEN ALİ RIZA AKINCI LİSESİ	1999

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	HEMŞİRE	VKV AMERİKAN HASTANESİ	2005-
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok iyi	Orta	Orta	56	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	65	63	61
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
WORD	Çok iyi
POWER POINT	Cok iyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

PADI Open Water Diver sertifikası

Özel İlgi Alanları (Hobileri): CMAS 1 Yıldız Dalıcı