

İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Factors that Effect the Choices of Primipars on the Mode of Delivery

(Araştırma)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2008) 32–46

Arş.Gör.Fatma GÖZÜKARA*, Prof.Dr.Kafiye EROĞLU**

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı

**Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖZET

Bu çalışma primipar kadınların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte retrospektif olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin doğum sonu servisinde yatan ve araştırmaya katılmayı yazılı onam ile kabul eden 350 primipar kadın oluşturmuştur.

Çalışmada, kadınların çoğunluğunun planlı bir şekilde, tedavi görmeden gebe kaldığı, gebeliği süresince sağlık kontrollerine gittiği ve vajinal doğum yapmayı planladığı (%86,2), ancak planlanandan daha fazla oranda sezaryenle doğum gerçekleştiği (%38,6) belirlenmiştir. Kadınların vajinal doğumu tercih etme nedenleri arasında en fazla, daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme (%36,4), doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme (%32,4) yer almıştır. Sezaryen ile doğumu tercih etme nedenleri arasında ise en fazla doğumdan / doğum ağrısından korkma (%71,1) ve bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme (%15,5) yer almıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde, planlanan doğum şekli ile aile tipi, gerçekleştirilen doğum şekli ile yaş ve gebe kalmak için tedavi görme durumları arasındaki fark önemli ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin, gebeliği süresince kadını ve ailesini doğum ve doğum şekilleri konularında bilgilendirmeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primipar, gebelik, doğum şekli, vajinal doğum, sezaryen doğum

ABSTRACT

This study was carried out as a descriptive retrospective study to determine the factors that effect the choices of primipar on the mode of delivery. The sampling included 350 inpatient primipara women who accepted to join the research with written acception form in the postnatal clinic of Dr. Zekai Tahir Burak Obstetric Training and Research Hospital of the Turkish Ministry of Health. It was determined that the women mostly became pregnant in a planned manner without any medical treatment, received prenatal care during pregnancy, and that they planned a delivery (%86,2), but chose the caesarean delivery at a rate higher than what they planned (%38,6). The predominant reason of choosing the delivery mode was expressed as the desire of an easier and postnatal painless (%36,4), and the expectation of an easier and faster postnatal recovery (%32,4). However, the fear of delivery/delivery pain (%71,1) and the expectation of a safer delivery for the newborn (%15,5) were the predominant reasons to choose the caesarean mode. The statistical evaluations demonstrated significant differences in terms of the planned mode of delivery and family type, actual mode of delivery, age, and medical treatment for pregnancy ($p<0.05$). Consequently, it was suggested for the nurses to enlighten and guide the women and their families during pregnancy on the delivery and modes of delivery.

Key Words: *Primipar, pregnancy, delivery mode, vaginal birth, caesarean section,*

Giriş

Doğum süreci kadını gerek gebelik, gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilir¹. Bu süreçte karar verilmesi gereken önemli konulardan biri kadının doğum şeklidir. Tüm dünyada sezaryen ile doğuma yönelik giderek artan bir eğilim vardır. Sezaryenle doğum oranlarındaki bu artış hemen hemen tüm ülkelerde izlenmekle beraber, oranlar ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar ile değişiklik göstermektedir². Dünya Sağlık Örgütü tarafından en yüksek sezaryen hızı olarak %15 önerilmekte ve bu seviyenin altına inildiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği belirtilmektedir³.

Sezaryenle doğum yapma oranındaki artışta elektronik fetal monitörün kullanımının yaygınlaşması, doğum boyunca fetal sağlığa ilişkin sonuçlara ulaşılabilmesi, cerrahi tekniklerin gelişmesi, cerrahi bakım ve anestezi yöntemlerinde güvenliğin artmış olması gibi nedenler yer almaktadır^{4,5}. Aynı zamanda çalışmalar, kadın doğum uzmanlarının, zor bir vajinal doğuma göre sezaryenle doğumda anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağına inanmalarının sezaryenin tercih edilmesinde rolü olduğunu vurgulamaktadır⁴⁻⁶. Ayrıca anne adayları, işlem zamanının doğum uzmanları tarafından belirlenmesi ve uzun eylem boyunca kadını izlemeyi gerektirmemesi gibi nedenlerden dolayı sezaryenle doğumları daha kontrollü ve güvenli olarak algılayabilmektedir⁷.

Yapılan çalışmalar, annenin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik yapısı ve ileri yaşta olması ile kentsel bölgede yaşıyor olmasının sezaryenle doğum oranını artırdığını gös-

termiştir^{8,9}. Bunların yanı sıra bazı çalışmalarda, doğumun yapıldığı hastane, hekimin özel sektörde çalışıyor olması, hekimin cinsiyetinin kadın olması, hekimin tek başına çalışıyor olması, doğum öncesi izlem sayısının yüksek (≥ 4) olması, doğum öncesi izlemi ve doğumu yaptıran hekimin aynı kişi olması, gibi etmenlerin sezaryen oranının artmasında etkili olduğu belirtilmektedir^{8,10}. Son yıllarda sezaryen oranlarını arttıran diğer faktörler arasında; doğumlarda forseps kullanımının eskiye oranla azalması, makat gelişi olan vakaların daha çok sezaryenle doğurtulması, eski sezaryen vakalarının yine sezaryenle doğurtulması gerektiği düşüncesi, kadınların daha az doğum yapmaları, çoğunun primigravida olması, doğumunu daha ileri yaşa er teleyen kadınların sayısının artması ve doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle hekimlere açılan yasal soruşturmaların artması yer almaktadır¹¹⁻¹³. Sezaryen hızının artmasında rolü olan diğer önemli bir neden de “anne istemi”dir^{14,15}.

Cerrahi bir girişim olan sezaryen, gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında sezaryen uygulananlarda maternal mortalite ve morbidite oranlarının dört kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sezaryenle doğumlar, büyük medikal harcamalara neden olma, emzirme ve anne-bebek ilişkisinin başlamasını geciktirme ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara da sahiptir^{5,16}.

Kadınlar doğum şekline karar verirken arkadaş çevreleri¹⁷, medya ve sağlık personeli¹⁸ gibi bir çok faktörden etkilenebilmektedirler. Dolayısıyla kadınlar bu faktörlerin etkisi ile kendileri için uygun olan doğum şekline karar verebilmekte, bazen isteyerek, bazen de istemeden planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedir. Burada önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır.

Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılımı, bu süreçlere uyumunu kolaylaştırmaktadır. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu sürecinin hem anne hem de fetus ve yenidoğan için sağlıklı geçmesi ekip üyelerinin sorumluluklarını (eğitim danışmanlık, gerekirse tedavi ve bakım vb) tam olarak yerine getirmesi ile mümkün olabilmektedir. Sağlık ekibi içinde özellikle hemşireler sağlık eğiticileri olarak önemli sorumluluk almaktadır¹. Hemşireler gebe kadınları ve ailelerini, bakımları ve eğitim gereksinimleri konusunda yeterli değerlendirebilmeli ve ihtiyaçları doğrultusunda doğru bilgi vererek tüm seçenekleri aile ile tartışabilmelidir. Hemşireler eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile gereksiz yapılan sezaryen doğumlarının önlenmesine katkıda bulunarak kadın sağlığının yükseltilmesinde önemli rol oynayabilir. Bu nedenle çalışma primigravidaların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla retrospektif olarak yapılmıştır

Materyal ve Yöntem

Araştırmanın evrenini, bir yıl süre ile (01.01.2004-31.12.2004) Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum sonu servislerinde yatan 24 722 kadın oluşturmuştur (Hastane kayıtlarında primipar sayısına ulaşamadığı için tüm

doğum yapan kadınlar evrene alınmıştır). Örneklem büyüklüğü, 2003 TNSA'nın doğum özellikleri verilerine göre, sezaryenle doğumlarda anne yaşı, eğitimi, doğum sırası ve yerleşim yeri değişkenleri dikkate alınarak yüzdeliklerinin etki genişliklerine (W) bakılarak hesaplanmıştır. Etki genişliklerine göre 1 serbestlik derecesinde $\alpha=0.05$ ve $\beta=0.20$ ile PASS (Power Analysis Sample Size Software) Test¹⁹ kullanılarak en yüksek değere göre (anne yaşı) örnekleme alınacak kadın sayısı 350 olarak hesaplanmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak^{3,11-13,20,21} geliştirilmiş ve 11 uzman görüşü alınarak içerik geçerliliği test edilmiş olan "Soru Formu" kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Soru formunun uygulanabilmesi için kurumdan ve kadınlardan yazılı onam alınmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik hesaplaması, Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testleri kullanılmıştır. Araştırmada bağımlı değişken doğum şekli tercihidir. Bağımsız değişkenler ise yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, doğum öncesi izlemlerin yapıldığı kurum, doğum öncesi izlemleri yapan sağlık personelidir.

Bulgular

Kadınların %62,9'u 19-24 yaş grubunda, %34,9'unun ilkokul ve %35,7'si lise mezunu, %86,3'ü ev hanımıdır. Çalışanların %83,3'ü sağlık alanı dışında çalışmaktadır.

Kadınların %86,2'sinin vajinal doğum, %12,9'unun sezaryenle doğum yapmayı planladıkları belirlenmiştir. Kadınların vajinal doğumu tercih etme nedenleri arasında en fazla, daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme (%36,4), doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme (%32,4) yer almıştır. Sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında ise en fazla doğumdan / doğum ağrısından korkma (%71,1) ve bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme (%15,5) yer almıştır (Tablo 1).

Kadınların %88,9'unun doğum şekline yönelik kararının gebeliği süresince değişmediği saptanmıştır. Kadınların yarıdan fazlasının planladıkları doğum şekline kendisinin karar verdiği (%57,6), kendisi dışında doğum şekli kararını en fazla etkileyen kişinin annesi (%35,1), daha sonra sırasıyla eşi (%30,5) ve yakın akrabaları (%29,6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Kararını değiştirenlerin %51,2'si önce vajinal doğum yapmayı planlayıp, sonra sezaryen yapmayı istemiş, %48,8'i ise önce sezaryenle doğum planlayıp, sonra vajinal doğum yapmayı istemiştir. Kararını değiştirerek vajinal doğumu tercih eden kadınların %31,5'inin doğum sonu dönemin daha kolay olduğunu düşünmesi, %26,0'ünün daha sağlıklı olduğuna ilişkin bilgi almış olması, %15,7'sinin kendi isteği dışında doktor isteği nedeniyle kabul etmek zorunda kalması, %10,5'inin ise doktorunun önermesi üzerine kararlarını değiştirdikleri belirlenmiştir. Kararını değiştirerek vajinal doğum yerine sezaryenle doğum yapmaya karar veren kadınlar ise, %65,0 ile ağrısız doğum yapmayı isteme, %55,0 ile doğumdan korkma, %5,0 ile eşinin istemesi nedenleri ile kararlarının değiştiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 1. Kadınların Planladıkları Doğum Şekline İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

Planlanan Doğum Şekline İlişkin Özellikler	S	%
Planlanan Doğum Şekli	n=350	
Vajinal doğum	302	86,2
Sezaryen ile doğum	45	12,9
Planlamayan	3	0,9
Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenleri*	n=302**	
Daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme	110	36,4
Doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme	98	32,4
Anne için daha sağlıklı olacağını düşünme	59	19,5
Çevredekilerin önerileri ve tavsiyeleri	42	13,9
Sezaryenden / ameliyattan korkma	31	10,3
Bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme	20	6,6
Gebelik boyunca her şeyin normal olduğunu düşünme	19	6,2
Doktorların önerisi	8	2,6
Doğal yöntem olduğunu düşünme	5	1,6
Doğum deneyimini yaşamak isteme	4	1,3
Aile ve eşin isteği	3	0,9
Diğer ***	2	0,6
Sezaryenle Doğumu Tercih Etme Nedenleri	n=45**	
Doğumdan / doğum ağrısından korkma	32	71,1
Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme	7	15,5
Annenin sağlık problemlerinin olması ****	5	11,1
Kıymetli bebek / tedavi ile bebek sahibi olma	1	2,2
Doğum Şekli Kararını Etkileyen Kişiler	n=347*	
Kendi	200	57,6
Anne	122	35,1
Eş	106	30,5
Yakın akraba	103	29,6
Kayınvalide	72	20,7
Doktor	42	12,1
Komşu/arkadaş	35	10,1
Sağlık personeli olan akraba/arkadaş	1	0,2

* Soruya birden fazla cevap verildiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

** İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır.

*** Bu grupta 1 kişi ekonomik nedenler, 1 kişide sezaryenle doğum sayısı sınırlı olduğu için vajinal doğum tercih ettim cevabını vermiştir.

**** Bu grupta 1 kişi vajinus olması, 1 kişi sırtında platin olması, 1 kişi bacağına protez olması, 1 kişi bünyesinin çok zayıf olması ve 1 kişi de panik atağının olması nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettiğini ifade etmiştir.

Vajinal doğum planlayan kadınların; %63,6'sının vajinal doğum, %36,4'ünün ise sezaryenle doğum yaptıkları belirlenirken, sezaryen doğum planlayan kadınların; %48,9'unun vajinal doğum, %51,1'nin sezaryenle doğum gerçekleştirdiği görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede kadınların planladıkları ve gerçekleştirdikleri doğum şekilleri açısından fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur. Kadınların planladıklarından daha fazla oranda sezaryenle doğum(%38,6) gerçekleştirmişlerdir. Sezaryenle doğum yapma nedenlerini incelendiğinde; ilerlemeyen eylem ilk sırayı alırken, bunu fetal distres ve prezantasyon-pozisyon bozukluğu izlemektedir. Ayrıca kadınların %79,6'sının gerçekleştirdikleri doğum şekline doktorun karar verdiğini ifade etmesi dikkati çeken bir bulgudur (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Doğum Şekline İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Gerçekleştirilen Doğum Şekline İlişkin Özellikler	S	%
Doğum Şekli	n=350	
Vajinal doğum	212	60,6
Epidural-spinal anestezi ile vajinal doğum	3	0,9
Genel anestezi ile sezaryen doğum		33,7
Epidural-spinal anestezi ile sezaryen doğum	17	4,9
Sezaryenle Doğum Yapma Nedenleri *	n= 135	
İlerlemeyen eylem	51	37,7
Fetal distres	21	15,5
Prezantasyon-pozisyon bozukluğu**	19	14,1
İri bebek***	16	11,8
Mekonyum aspirasyonu	8	5,9
Kıymetli bebek	6	4,4
Sosyal endikasyon****	5	3,7
Annenin boyunun çok kısa olması	4	2,9
Diğer *****	5	3,6
Doğum Şekline Karar Veren Kişi	n= 350*****	
Kendisi	66	17,5
Doktoru	300	79,6
Eşi	11	2,9

* Sezaryenle doğum yapanların cevabıdır, kadının ifadesi ve dosya bilgileri kontrol edilerek gruplandırma yapılmıştır

**Bu grupta 14 kişi makat geliş, 3 kişi kordon prezantasyon, 1 kişi defleksiyon geliş ve 1kişi ayak geliş nedeniyle sezaryen ile doğum yapmıştır.

*** Bu grupta 3690 gr – 4780 gr arası bebekler iri bebek olarak değerlendirilmiştir.

****Dosyada sosyal endikasyon, kadının ifadesine göre anne istemi olarak belirtilmiştir.

*****Bu grupta 2 kişi çoğul gebelik, 1kişi umbilikal kord dolanması, 1 kişi annenin sağlık sorunları ve 1 kişide ileri anne yaşı nedeniyle sezaryen le doğum yapmıştır.

*****Soruya birden fazla cevap verilmiştir, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Kadınların doğum şekli ile ilgili bilgi almak için daha önce doğum yapmış akraba / tanıdıklarına, kitaplara, arkadaşlarına, kendi ailesine ve kitle iletişim araçlarına başvurduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %16,0'sının doğum şekli ile ilgili bilgi almak için sağlık personeline başvurduğu ve en fazla tercih ettikleri sağlık personelinin doktor, (%87,5) daha sonra ebe (%8,9) ve hemşire (%3,6) olduğu belirlenmiştir.

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre planladıkları doğum şeklinin dağılımına bakıldığında; vajinal doğum planlayanların, %65,9'unun 19-24 yaş grubunda, %55,0'nin eğitim düzeyinin orta olduğu; %87,1'nin çalışmadığı ve %57,0'sinin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Sezaryen ile doğum planlayan kadınların ise, %46,7'sinin 19-24 yaş grubunda, %55,6'sının eğitim düzeyinin orta olduğu; %82,2'sinin çalışmadığı ve %73,3'ünün çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aile tipine göre planlanan doğum şekli arasında fark ($p<0.05$) bulunurken, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumuna göre farksız ($p>0.05$) bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan kadınların daha çok sezaryenle doğumu, geniş ailede yaşayanların ise vajinal doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre gerçekleştirdikleri doğum şekillerinin dağılımına bakıldığında ise; vajinal doğum yapan kadınların, %67,0'sinin 19-24 yaş grubunda, %58,1'nin eğitim düzeyinin orta olduğu; %88,4'ünün çalışmadığı ve %56,5'nin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Sezaryen ile doğum yapanların ise, %56,3'ünün 19-24 yaş grubunda, %49,6'sının eğitim düzeyinin orta olduğu; %83,0'ünün çalışmadığı ve %63,4'ünün çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaşa göre gerçekleştirilen doğum şekli farklı ($p<0.05$) bulunurken, aile tipi, eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre farksız ($p>0.05$) bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş ile gerçekleştirilen doğum şekli arasındaki anlamlı ilişkinin 31-36 yaş grubundan kaynaklandığı, bu yaş grubundaki kadınların daha fazla sezaryenle doğum gerçekleştirdikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Vajinal doğum planlayan kadınların %96,4'ünün gebeliği süresince sağlık kontrolü yaptırdığı belirlenmiştir. Sağlık kontrollerinin ise %61,5'inin farklı ve %38,5'inin aynı sağlık personeli tarafından yapıldığı saptanmıştır. Ayrıca gebeliği süresince aynı doktor tarafından sağlık kontrolleri yapılanların %55,4'ünün doktorunun kadın olduğu belirlenmiştir. Sezaryenle doğum planlayan kadınların ise, %95,6'sının gebeliği süresince sağlık kontrolü yaptırdığı, %55,8'inin sağlık kontrollerinin farklı, %44,2'sinin aynı sağlık personeli tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Ayrıca gebeliği süresince aynı doktor tarafından sağlık kontrolleri yapılanların %55,8'inin doktorunun cinsiyetinin kadın olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede planlanan doğum şekli ile gebelik boyunca sağlık kontrolü yaptırma, sağlık kontrollerini yapan personel ve sağlık kontrolünü yapan doktorun cinsiyeti arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Sağlık kontrolü yaptırma ve sağlık kontrolünü yapan sağlık personelinin özelliklerine göre gerçekleştirilen doğum şekillerinin dağılımına bakıldığında; vajinal doğum yapan kadınların, %96,3'ünün gebeliği süresince sağlık kontrolü yaptırdığı, %63,3'ünün sağlık kontrollerinin farklı, %36,7'sinin aynı sağlık personeli tarafından yapıldığı, gebeliği süresince aynı doktor tarafından sağlık kontrolleri yapılanların

Tablo 3. Kadınların Bazı Sosyo-Ekonomik Özelliklerine Göre Planlanan ve Gerçekleştirilen Doğum Şeklinin Dağılımı (%Sütün)

Özellikler	n=347*				n=350				Önemlilik Testi				
	Planlanan Doğum Şekli		Toplam S	%	Gerçekleştirilen Doğum Şekli		Toplam S	%					
	Vajinal S	%			Sezaryen S	%							
Yaş													
18 ve altında	27	8,9	7	15,6	34	9,8	27	12,6	7	5,2	34	9,7	$x^2 = 19,517$
19-24	199	65,9	21	46,7	220	63,4	144	67,0	76	56,3	220	62,9	=
25-30	64	21,2	14	31,1	78	22,5	40	18,6	40	18,6	80	22,9	$P = 0,000$
31-36	12	4,0	3	6,7	15	4,3	4	1,9	12	8,9	16	4,6	$SD = 5$
Eğitim Durumu**													
Okur-yazar değil	8	2,6	-	-	8	2,3	3	1,4	5	3,7	8	2,3	
Eğitim düzeyi düşük	109	36,1	14	31,1	123	35,4	72	33,5	52	38,5	124	35,4	
Eğitim düzeyi orta	166	55,0	25	55,6	191	55,0	125	58,1	67	49,6	192	54,9	$x^2 = 3,773$
Eğitim düzeyi yüksek	19	6,3	6	13,3	25	7,2	15	7,0	11	8,1	26	7,4	$P = 0,287$ $SD = 3$
Çalışma Durumu													
Çalışan	39	12,9	8	17,8	47	13,5	25	11,6	23	17,0	48	13,7	$x^2 = 2,050$
Çalışmayan	263	87,1	37	82,2	300	86,5	190	88,4	112	83,0	302	86,3	$P = 1,102$ $SD = 1$
Aile Tipi													
Çekirdek Aile	171	57,0	33	73,3	204	58,8	121	56,5	85	63,4	206	58,9	$x^2 = 1,620$
Geniş Aile	129	43,0	12	26,7	141	40,6	93	43,5	49	36,6	142	40,8	$P = 0,38$ $SD = 1$

*Kadınların 3'ü doğum şekline ilişkin hiçbir plan yapmadığını belirttiğinden değerlendirmeye alınmamıştır.

** Okur-yazar ve ilkökul mezunları eğitim düzeyi düşük, orta okul ve lise mezunları eğitim düzeyi orta ve üniversite mezunları eğitim düzeyi yüksek olarak gruplandırılmıştır.

*** 2 kişi eşinden boşanmış olduğu için değerlendirmeye alınmamıştır.

%56,6'sının doktorunun kadın olduğu belirlenmiştir. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise, %96,3'ünün gebeliği süresince sağlık kontrolü yaptırdığı, %56,9'unun sağlık kontrollerinin farklı, %43,1'inin aynı sağlık personeli tarafından yapıldığı, gebeliği süresince aynı doktor tarafından sağlık kontrolleri yapılanların %53,6'sının doktorunun cinsiyetinin kadın olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gerçekleştirilen doğum şekli ile gebelik boyunca sağlık kontrolü yaptıran, sağlık kontrollerini yapan personel ve sağlık kontrolünü yapan doktorun cinsiyeti arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Çalışmada vajinal doğum planlayan kadınların, %95,7'sinin planlı bir şekilde ve %91,1'inin tedavi almadan gebe kaldığı belirlenmiştir. Sezaryenle doğum planlayan kadınların ise, %95,6'sının planlı bir şekilde ve %84,4'ünün tedavi almadan gebe kaldığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede planlanan doğum şekli ile şu anki gebeliği planlama ve infertilite tedavisi alma durumu açısından arasında fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur. Gebeliği planlama ve infertilite tedavisi alma durumlarına göre gerçekleştirilen doğum şeklinin dağılımına bakıldığında; vajinal doğum yapan kadınların %94,6'sının planlı bir şekilde ve %94,4'ünün tedavi almadan gebe kaldığı belirlenmiştir. Sezaryenle doğum yapan kadınların ise, %97,0'sinin planlı bir şekilde ve %83,0'ünün tedavi almadan gebe kaldığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gerçekleştirilen doğum şekli ile infertilite tedavisi alma durumu açısından fark önemli ($p<0.05$) bulunurken, gebeliği planlama durumu açısından önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur. Gebe kalmak için tedavi alanlarda sezaryenle doğum yapma oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tartışma

Kadınların doğuma karşı kişisel inanç ve beklentileri birbirinden farklı olabilmektedir. Doğum şekli tercihlerinin temelinde doğumdan beklentiler yer almaktadır. Kadınların doğum deneyiminden memnun olmaları, doğum ve doğum sonu sürecini etkilemede önemli bir faktördür. Bu nedenle kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak ve bu süreçte ihtiyaçları olan bilgi, destek ve bakımı verebilmek açısından doğum şekli ile ilgili tercihlerini belirlemek ve karar sürecine katılmalarını sağlamak önemlidir.

Yapılan bir çok çalışmada kadınların çoğunun vajinal doğumu tercih ettiği ve tercih nedenlerinin çalışmamızla benzer olduğu belirlenmiştir^{16,18,22}. Doğum fizyolojik ve evrensel bir olaydır bu nedenle de tüm çalışmalarda tercih nedenleri benzerlik göstermektedir.

Çalışmada kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiği, karar verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 1). Bu sonuçların toplumumuzun kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Toplumumuzda doğum sonrası dönemde ilk birkaç hafta kadının annesi ya da yakın akrabaları tarafından bakılması geleneksel bir uygulamadır. Bundan dolayı annenin ya da yakın akrabaların doğumla ilgili kararlarını etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Tablo 4. Kadınların Gebeliği Planlama ve İnfertilite Tedavisi Alma Durumlarına Göre Planlanan ve Gerçekleştirilen Doğum Şekli Tercihlerinin Dağılımı (%Sütun)

Özellikler	Planlanan Doğum Şekli Tercihi		Toplam % S	Önemlilik Testi	Gerçekleştirilen Doğum Şekli		Toplam % S	Önemlilik Testi					
	Vajinal % S	Sezaryen % S			Vajinal % S	Sezaryen % S							
									n=347*		n=350		
Şu anki Gebelik													
Planlı	289	95,7	43	95,6	332	95,7	205	94,6	130	97,0	335	95,7	$x^2 = 912^{**}$
Plansız	13	4,3	2	4,4	15	4,3	11	5,1	4	3,0	15	4,3	$p = ,251$
													$SD = 1$
İnfertilite Tedavisi Alma Durumları***													
Alan	27	8,9	7	15,6	34	9,8	12	5,6	23	17,0	35	10,0	$x^2 = 1.939$
Almayan	275	91,1	38	84,4	313	90,2	203	94,4	112	83,0	315	90,0	$p = ,164$
													$SD = 1$
													$x^2 = 12.$

*Kadınların 3'ü doğum şekline ilişkin hiçbir plan yapmadığını belirttiğinden değerlendirmeye alınmamıştır.

* Fisher's Ki-kare değerleri alınmıştır.

**Bu grupta 22 kişi tıbbi tedavi ve 1 kişi cerrahi tedavi almış, 11 kişide yardımcı üreme tekniklerini kullanmıştır.

Çalışmamızda kadınların planladıklarından daha fazla oranda sezaryenle doğum gerçekleştirdikleri saptanmıştır (Tablo 2). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryenle doğum oranları yıllara göre artış göstermektedir. Türkiye’de sezaryenle doğum oranı 1988-1992 yılları arasında %8,0’iken, 1993-1998 ‘de %19,0’a²³ ve en son 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre de %21.2’ye yükselmiştir²⁴. Değişik kurumlarda yapılan çalışmalarda sezaryen oranları arasında farklılıklar bulunmasına rağmen, sonuçlar incelendiğinde yıllara göre sezaryen oranlarında artış olduğu ve en son verilerin TNSA 2003 verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir^{11,25}. Bu da tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de teknolojinin ve cerrahi tekniklerinin gelişmesi, antibiyotik ve kan transfüzyonunun kullanımının ve anestezi yöntemlerinde güvenliğin artması gibi nedenlere bağlı olarak sezaryenin giderek daha fazla uygulama alanı bulduğunu göstermektedir.

Doğum şekli kararında sezaryen doğum şekli için endikasyon doktor tarafından belirlenmeli, kadına ve ailesine yeterli bilgi verilerek onayları alınmalıdır. Herhangi bir endikasyon yoksa da yeterli bilgilendirme yapılarak en uygun yöntem kadını, ailesi ve doktor birlikte karar vermelidir. Çalışmada kadınların %58,6’sının doğum şekline karar vermesi gereken kişi olarak doktoru gördüklerini ifade ettikleri ve %79,6’sının doğum şekline doktorunun karar verdiği belirlenmiştir (Tablo 2). Bunun nedeninin kadınların çoğunluğunun doğum şekilleri konusunda kendilerini yeterli bilgiye sahip olarak görmemeleri ve sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında yeterli bilgilendirme ve danışmanlık hizmetini vermemeleri olduğu düşünülmektedir.

Kadınların doğum şekline yönelik bilgi aldıkları kaynaklar literatürle karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. Ancak bu çalışmada bilgi almak için doktora başvuranların oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğu sağlık kontrolleri için devlet hastanesine gitmektedir. Devlet hastanelerinde ise muayene ve izlemler doktorlar tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle kadınların gebelikleri boyunca en çok iletişime girdiği sağlık personeli doktorlardır ve doğum hakkında bilgi almak için en çok başvurdukları sağlık personeli olarak doktorları ifade etmeleri de olağan bir sonuçtur.

Çalışmada, literatürle benzer şekilde yaş arttıkça sezaryen oranlarının arttığını belirlenmiştir^{18,26,27} (Tablo 3). Birçok çalışmada yaş arttıkça malprezantasyon, ilerlemeyen eylem, iri bebek, fetal distres, preeklamsi, plasenta previa gibi endikasyonların arttığı belirtilmektedir^{27,28}. Bu nedenle yaş arttıkça sezaryen oranlarının artması doğal bir sonuç olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada ortaokul ve lise mezunu kadınların daha fazla oranda sezaryenle doğum planladıkları ve gerçekleştirdikleri belirlenmiştir (Tablo 3). Ancak eğitim düzeyi ile planlanan ve gerçekleştirilen doğum şekli arasında fark istatistiksel açıdan önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur. Oysa literatürde, eğitim düzeyi ile gerçekleştirilen doğum şekli arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi arttıkça sezaryenle doğumların da arttığını gösteren pek çok yayın bulunmaktadır^{18,27,29,30}.

Çivili'nin çalışmasında, çalışan kadınlarda sezaryen tercih oranları daha yüksek bulunmuş ve bunun nedeni olarak sezaryen sonrası doğum izninin daha uzun olması belirtilmiştir³⁰. Ancak bu çalışmada, kadınların çalışma durumlarının doğum tercihleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Ülkemizde Ocak 2005 tarihinde kabul edilen yeni kanun ile normal ve sezaryenle doğumlarda doğum izinleri, doğum öncesinde sekiz hafta ve doğum sonrasında sekiz hafta olarak yeniden düzenlenmiştir³¹. Bu değişikliğin sonucunda çalışan kadınlarda sezaryenle doğumlar izin açısından avantaj olmaktan çıkmıştır. Bu nedenle çalışma durumunun doğum şekli tercihinde etkili olmadığı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlardan daha fazla oranda vajinal doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3). Bu sonuç sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklara bağlanabilir. Geniş aileler genelde sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük geleneksel ailelerdir. Vajinal doğumun da daha geleneksel olması, maliyetinin daha az olması gibi nedenlerden dolayı bu ailelerde yaşayan kadınlar tarafından daha fazla tercih edildiği söylenebilir. Ayrıca geleneksel ailelerde aile büyüklerinin etkisinin olması ve kadının karar verme özgürlüğünün olmaması gibi faktörlerin de vajinal doğum tercihinde etkili olabileceği düşünülebilir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan geleneksel ailelerde sezaryenle doğum yapan kadınların eski gücüne hiçbir zaman kavuşamayacağı dolayısıyla bu şekildeki doğumun iş gücü kaybına neden olacağı görüşünün de vajinal doğum tercihinde etkili bir faktör olacağı düşünülmüştür.

Çalışmada, doğum öncesi bakım alma ile planlanan ve gerçekleştirilen doğum şekli açısından yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 3). Oysa 1998 TNSA'da doğum öncesi bakım alanlarda, sezaryenle doğum oranlarının, almayanlardan yedi kat daha fazla olduğu ve hekimlerden doğum öncesi bakım alanlarda bu oranın %20 daha fazla olduğu belirlenmiştir³². Daha önce de tartışıldığı üzere doğum öncesi izlemlerin doktorlar tarafından yapıldığı ve doktorların sezaryen doğumların oranları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle doğum öncesi bakım alanlarla almayanlar arasında doğum şekilleri yönünden herhangi bir fark olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmada, gebeliği boyunca aynı doktora sağlık kontrolü yaptırmanın ve doktorların cinsiyetinin, planlanan ve gerçekleştirilen doğum şeklini etkilemediği, istatistiksel açıdan farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Oysa yapılan çalışmalar doktorun cinsiyetinin özellikle sezaryen doğum oranları üzerinde etkili olduğunu, bayan kadın doğum uzmanlarının sezaryenle doğumu erkek doğum uzmanlarından daha fazla oranda tercih ettiğini göstermektedir^{33,34}. Çalışmanın sonucunun diğer çalışmalardan farklı olmasında sezaryen doğum oranını azaltma konusunda Sağlık Bakanlığı'nın denetimi ve uyarısının rolünün olabileceği düşünülmektedir.

Gebeliği planlama/isteme durumları kadınların gebeliğe uyumunu gösteren bir değişken olarak düşünülmüş ve doğum şekli tercihini etkileyebileceği öngörülerek istatistiksel analiz yapılmıştır. Ancak çalışmada kadınların gebeliği planlama/isteme durumları ile doğum şekli tercihleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4).

Çalışmada gebe kalabilmek için tedavi görenlerde sezaryenle doğum oranları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Tedavi sonucu dünyaya gelecek olan bebeğe “kıymetli bebek” gözüyle bakılıp, doğum esnasında meydana gelebilecek herhangi bir komplikasyon ya da en ufak bir travmadan bile korumak istenmektedir. Kadınlar ve doktorlar tarafında da sezaryenle doğum daha kontrollü ve güvenli olarak düşünülmektedir^{3,7,26,35}. Bu nedenle infertilite tedavisi olarak gebe kalanlarda sezaryen oranının yüksek olması olağan bir sonuç olarak düşünülebilir.

Sonuç ve Öneriler

Genel olarak yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, sağlık ekibi üyelerinin kadınlara ve ailelerine doğum öncesi hizmetler kapsamında, doğum ve doğum şekilleri konusunda yeterli bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini vermedikleri, bu nedenle çiftlerin doğumları ile ilgili kararlara bilinçli ve yeterli düzeyde katılmadıklarını göstermektedir. Bu bulgular gebe kadınlara ve ailelerine tüm gebelik süresince doğum ve doğum şekilleri konularında eğitim ve danışmanlık verilmesi gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık ekibinin ve özellikle sağlık ekibi içinde doğum öncesi bakım hizmetinin primer sorumlusu ebe ve hemşirelerin, gebeliği süresince kadını ve ailesini doğum ve doğum şekilleri konularında bilgilendirmeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmiştir.

Kaynaklar

1. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. V. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2002.
2. Richard P, James A. The cesarean birth epidemic: trends, causes and solution. American Journal Obstetric Gynecology 1996;175:369-74.
3. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. American Journal Obstetric Gynecology Jun 1995; 172(6):1903-7.
4. Park CS, Yeoum SG, Choi ES. Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. Nursing and Health Sciences 2005:3-8.
5. Konakçı S, Kılıç B. Sezaryen ile doğumlar artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002;8(11): 286-88.
6. İğde FA. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13(4):137-9.
7. Konakçı SK, Kılıç B. İzmir’de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji 2004;14: 88-95.
8. Spurrett P, Cook CM. Why we choose cesarean section: a prospective study. Australian and New Zealand Journal Obstetric and Gynecology 1997;76: 448-52.
9. Hopkins K. Are Brazilian woman really choosing to deliver by cesarean?. Social Science & Medicine 2000;51:725-740.
10. Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rise: are patients sicker. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004;191:800-803.

11. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yıllık İstatistikleri (2001). URL: <http://med.ege.edu.tr/stats.html>. 05 Temmuz 2005.
12. Yumlu E, Davas İ, Baksu B, Altındaş A, Mert M. 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. *Perinatoloji Dergisi* 2000;8: 3-4.
13. Çiçek N, Gezginç K. Operatif doğumlar: sezaryen , “Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi”, (Ed. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A.). Ankara: Güneş Kitabevi; 2004. s.394-6.
14. Burns LR, Geller SE, Wholey DR. The effect of physician factors on the cesarean section decision. *Medical Care* 1995;33(4):365-82.
15. Gamble H et al. Women’s request for a cesarean section: a critique of literature. *Birth* 2000;27: 256-73.
16. Aslam MF, Gilmour KR, Fawdry DS. Who wants a caesarean section? a study of woman’s personel experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003;23(4):364-66.
17. Önderoğlu L, Karamürsel BS, Taşkıran Ç. Obstetrikal operasyonlar: sezaryen, “Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi”, (Ed. Güner,H.), Ankara: Güneş Kitabevi; 2005. s.1549-80.
18. Ryding EL. Investigation of 33 woman who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica* 1993;72:280-285.
19. Statistical & Power Analysis Soft Ware. URL: [http:// www.ncss.com/pass.html](http://www.ncss.com/pass.html). March 13, 2006.
20. DeCherney AH, Nathan L. Cesarean section in: current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. 9th Edition. New York:Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2003:518-29.
21. Oweis A, Abushaikha L. Jordanian pregnant women’s expectations of their first chilbirth experience. *International Journal of Nursing Practice* 2004;10: 264-271.
22. Tozlu A. Gebe kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım gereksinimlerinin incelenmesi. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı 2003:204.
23. Koç I. Increased cesarean section rates in Turkey. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2003;8(1):1-10.
24. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara 2003.
25. Gül A, Şişme Y. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nde 1996-1998 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Perinatoloji Dergisi* 1998;6: 10-12.
26. Tatar M, Günalp S, Somunoğlu S, Demiral A. Women’s perceptions of caesarean section: reflections from a Turkish teaching hospital. *Social Science and Medicine* 2000;50(9): 1227-33.
27. Qublan H, Alghoweri A, Al-Taani M, et al. Ceserean section rate: the effect of age and parity. *Journal Obstetrics and Gynecology* 2002;28(1): 22-25.
28. Tang S, Li X, Wu Z. Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidence from three nationwide household health surveys. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006:1-6.
29. Chong ESY, Mongelli M. Attitutes of Singapore women toward ceserean and vaginal deliveris. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003;80:189-94.
30. Çivili D. Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.

31. Memurlar.Net. URL: [http:// www.memurlar.net/haber/13271](http://www.memurlar.net/haber/13271). 17 Temmuz 2006.
32. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 1998.
33. McGurgan P, Coulter S. A national confidential survey of obstetricians' personal preferences regarding mode of delivery. *European Journal Obstetrics and Gynecology* 2001;97:17-19.
34. Wright JB, Simpson NA, Bryce FC. A Survey of trainee obstetricians' preferences for childbirth. *European Journal Obstetrics and Gynecology* 2001;97:23-25.
35. Linton A. Peterson MR, Williams TV. Effect of maternal characteristics on cesarean delivery rates among U.S. department of defense healthcare beneficiaries 1996-2002. *Birth* 2004;31(1):3-5.