

ÖZET

Bu çalışma sezaryenle doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Özel An-Deva Hastanesi'nde sezaryenle doğum yapan 152 kadın (Akdeniz Üniversitesi Hastanesi: 82, Özel An-Deva Hastanesi: 70) oluşturmuştur. Veriler kadınların sezaryene perioperatif hazırlık ve sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme durumlarını değerlendirmek üzere hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi, SPSS-12 paket programı kullanılarak, Student's t test, ANOVA ve ki-kare testi ile yapılmıştır.

Yapılan bu çalışmada, katılımcıların yaşları 16-45 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 28.5 (± 5.15)'tir. Veriler, kadınların sezaryene hazırlıkla ilgili olarak bilgi sahibi oldukları ancak komplikasyonların önlemesine yönelik derin solunum egzersizi gibi uygulamalar hakkında yeterince bilgi ve beceri sahibi olmadıklarını göstermektedir. Araştırmada katılımcılar tarafından sezaryenin avantajları daha fazla bilinirken, dezavantajların daha az bilindiği ortaya çıkmıştır. Eğitim, yaş, çalışma durumu, geçmiş doğum deneyimi ve sezaryen ile doğum yapacağını öğrenme zamanı ile sezaryene ilişkin bilgi sahibi olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sezaryenle doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda, sezaryene perioperatif hazırlık ve sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını içeren eğitim ve danışmanlık hizmetlerine yönelik uygun önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Perioperatif Hazırlık, Avantaj, Dezavantaj.

ABSTRACT

This study has been done descriptively with the aim of determining the knowledge of women who have had cesarean delivery about cesarean, perioperative preparation and advantages and disadvantages of cesarean.

The samples of this research contain 152 women who have had a C/S at Mediterranean University Hospital and at Private An-Deva Hospital (82 women who have had a C/S from Akdeniz University Hospital, 70 women who have had a C/S from Private An-Deva Hospital). Data collected by using of a questionnaire form, which was prepared to evaluate the knowledge of women about cesarean delivery, its perioperative preparation and advantages and disadvantages. Student's t test, ANOVA, and chi-square test were used in evaluation of the data by using SPSS-12 package programme.

In this study, the mean age of participants was 28.5 (± 5.15) years (range: 16-45 years). Our data suggest that the women have had considerable level of information about perioperative procedures of cesarean but weren't informed enough about the reasons and applications of some protective skills such as deep breathing exercises. At this study it has been found that while the advantages of cesarean are known more, the disadvantages are known less. Difference between the education, age, work condition, a previous birth experience and the learning time of women who will have a C/S and the knowledge about cesarean was statistically significant.

In accordance with the results received some recommendations have been made about informing, educating and counseling women about what was cesarean, perioperative preparation and the risks and benefits of cesarean during parturition period.

Key Words: Cesarean, Perioperative Preparation, Advantage, Disadvantage.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmalarım süresince göstermiş olduğu ilgi, hoşgörü, sabır ve yönlendirmeleriyle sonuca ulaşmamda sonsuz destek aldığım, danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Özen KULAKAÇ'a,

İstatistiksel değerlendirmede yardımcı olan Bioistatistik Anabilim Dalı çalışanlarının tümü adına Prof. Dr. Osman SAKA ve Özgür TOSUN'a,

Çalışmayı yapmama olanak sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Özel An-Deva Hastanesi Başhekimliğine,

Yardım ve desteklerini esirgemeyen Özel An-Deva Hastanesi hemşireleri adına 3. kat sorumlu hemşiresi Özlem BULDU ve 4. kat sorumlu hemşiresi Emine KILIÇ'a,

Eğitimim süresince üstün sabırlarıyla bana destek olan Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği hemşirelerine,

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Özel An-Deva Hastanesinde sezaryenle doğum yapan ve araştırmaya katılan tüm annelere teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	SAYFA
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sezaryen Doğum	3
2.2. Sezaryen Doğumun Tarihçesi	3
2.3. Sezaryen Doğum İnsidansı	5
2.4. Sezaryen Tercihini Etkileyen Faktörler	6
2.5. Sezaryen Tercihi ve Etik	9
2.6. Sezaryen Doğumun Endikasyonları	12
2.7. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları	16
2.8. Sezaryen Doğumun Riskleri	16
2.9. Sezaryen Doğumun Yararları	23
2.10. Sezaryen Doğuma Hazırlık	25
GEREÇ VE YÖNTEM	31
3. 1. Araştırmanın Şekli	31
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	31
3. 3. Örneklem	31
3. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3. 5. Verilerin Toplanması	32

3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi	33
BULGULAR	34
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	34
4.2. Katılımcıların Sezaryene Hazırlık Durumları	37
4.3. Katılımcıların Sezaryene Perioperatif Hazırlıklarına İlişkin Bilgi Durumları	39
4.4. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajlarını Bilme Durumları	45
TARTIŞMA	51
SONUÇLAR	62
ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR	66
EKLER	
EK 1	Araştırmacının kendini tanıtmaya ve kadınlardan onay alınmasına yönelik form
EK 2	Kadınlara demografik özellikleri, doğum öyküleri ve sezaryen bilgisine yönelik soruları içeren anket formu
EK 2A	Sezaryene perioperatif hazırlığı bilmeye ilişkin soruları içeren anket formu
EK 2B	Sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeye ilişkin soruları içeren anket formu
EK 3	Biliyorum Yanıtına İlişkin Bazı Tanımlayıcı Kriterler
EK 4A	Operasyon öncesi yapılacak işlemleri bilme durumu
EK 4B	Operasyon sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu
EK 5A	Sezaryenin avantajlarını bilme durumu
EK 5B	Sezaryenin dezavantajlarını bilme durumu
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACNM	: The American College of Nurse-Midwives
ACOG	: American College of Obstetricians-Gynecologists
ANS-TA	: Ateş, Nabız, Solunum, Tansiyon Arteryal
AWHONN	: The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
C/S	: Cesarean Section
cAMP	: Siklik Adenozin Mono Fosfat
cm	: Santimetre
CPD	: Cephalo-Pelvic Disposition
DIC	: Dissemine Intravascular Coagulation
dk	: Dakika
DVT	: Derin Ven Trombozu
FIGO	: International Federation Gynecology and Obstetric
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPV	: Human Papilloma Virus
HSV-2	: Human Simplex Virus Tip 2
JCAHO	: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
ÖH	: Özel An-Deva Hastanesi
PTE	: Pulmoner Trombo-Embolizm
RDS	: Respiratuar Distres Sendromu
SOGC	: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
USG	: Ultrasonografi
ÜH	: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
yy	: Yüz Yıl

TABLolar DİZİNİ

TABLO	SAYFA
4.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	34
4.1.2. Katılımcıların Gebelik/Doğum Öyküsü	35
4.1.3. Katılımcıların Sezaryen İle Doğum Yapacaklarını Öğrenme Zamanları ve Sezaryen Doğum Nedenleri	35
4.1.4. Katılımcıların Demografik Verilerine Göre Sezaryeni Tercih Etme Durumlarının Dağılımı	36
4.2.1. Katılımcıların Sezaryene İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumları ve Bilginin Edinildiği Kaynakların Dağılımı	37
4.2.2. Katılımcıların Kendilerini Sezaryen Doğuma Hazır Hissetme Durumları	37
4.2.3. Katılımcıların Sezaryen Hakkında Bilgi Sahibi Olma ve Sezaryene Hazır Hissetme Durumları	37
4.2.4. Katılımcıların Kendilerini Sezaryen Doğuma Hazır Hissetmeme Nedenlerine Göre Dağılımı	38
4.2.5. Sezaryen Doğuma Hazır Olmadığını Belirten Katılımcıların Belirttikleri Korku ve Endişe Nedenleri	38
4.2.6. Sezaryen Doğuma Hazır Olduğunu Belirten Katılımcıların Belirttikleri Korku ve Endişe Nedenleri	38
4.3.1. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemlere Yönelik Puan Ortalamalarının Genel Dağılımı	39

4.3.2. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemlere Yönelik Puan Ortalamalarının Hastanelere Göre Dağılımı	40
4.3.3. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı	40
4.3.4. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	41
4.3.5. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	42
4.3.6. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Doğum Öykülerine Göre Dağılımı	42
4.3.7. Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Puan Ortalamalarının Sezaryen Doğum Hakkında Bilgisi Olma Durumuna Göre Dağılımı	43
4.3.8. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Sezaryenle Doğum Yapacaklarını Öğrenme Zamanlarına Göre Dağılımı	44
4.3.9. Katılımcıların Sezaryene Hazırlık Bilgisi Puan Ortalamalarının Sezaryene Hazır Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımı	44
4.4.1. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Genel Dağılımı	45
4.4.2. Katılımcıların Sezaryen Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Hastanelere Göre Dağılımı	46
4.4.3. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı	46
4.4.4. Annelerin Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	47
4.4.5. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	47
4.4.6. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Doğum Öykülerine Göre Dağılımı	48

4.4.7. Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Sezaryen Doğum Hakkında Bilgisi Olduğunu ve Olmadığını İfade Eden Katılımcılara Göre Dağılımı	49
4.4.8. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Sezaryenle Doğum Yapacaklarını Öğrenme Zamanlarına Göre Dağılımı	49
4.4.9. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Sezaryene Hazır Olma Durumuna Göre Dağılımı	50

GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sezaryen doğum, bilinen en eski cerrahi uygulamalardan biri olup, fetüsün, plasentanın ve zarların, karın ve uterus duvarına yapılan insizyonla doğurtulmasıdır(Olds et al., 2000). Günümüzde sezaryen medikal endikasyonlarla uygulanabildiği gibi medikal bir neden olmaksızın, miadında sağlıklı bir gebe kadının kendi isteği ile de uygulanabilmektedir(Leslie, 2004).

Sezaryen doğum insidansı tüm dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde giderek artmakta olup, büyük bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. 1965'te Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde sezaryen doğum oranı tüm doğumlarda %4.5 iken, 1993'te %22.8'e(Konakçı & Kılıç, 2002; Terhaar, 2005), 2003'te ise %27.6'ya yükselmiştir(Simpson & Thorman, 2005). Çin'de 1966'da 2.4 olan sezaryen oranı 1981'de 20.5 olmuş, İtalya'da 1980'den 1990'a kadar geçen sürede %11.1'den %21.2'ye yükselmiştir(Konakçı & Kılıç, 2002). İngiltere, İskoçya ve İsveç'te bu oran %10-12, Japonya'da ise %7'dir(Olds et al., 2000). Brezilya, dünyanın en yüksek sezaryen oranına sahip ülke olup, bu oran 1996'da %36.4 olarak bildirilmiştir(Konakçı & Kılıç, 2002). Bu oranların, 2003 yılında Amerikalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği (American College of Obstetricians-Gynecologists = ACOG)'nin medikal bir neden olmaksızın sezaryen yapılabileceğini bildirmesinden sonra, daha da artması beklenmektedir(Fugh-Berman, 2004). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 yılı verileri, araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21'inin sezaryenle dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu oran, 1998'den bu yana sezaryenle yapılan doğumlarda %7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır(www.hips.hacettepe.edu.tr).

Sezaryen, vaginal doğumun kolay olmadığı ve anne veya bebek için olumsuz bir sonuç ortaya çıkma riskinin olduğu durumlarda endikedir(Pernoll, 1994). Tartışmalı olmakla beraber bu endikasyonlar, baş pelvis uyuşmazlığı, uterin disfonksiyon, serviksin dilate olmaması, fetal distres, prezentasyon ve pozisyon bozukluğu, plasenta previa, ablasyo plasenta, preeklampsi-eklampsi, kordon sarkması, diyabet gibi sistemik hastalıklar, maternal enfeksiyon, daha önce geçirilen uterus ile ilgili operasyonlar, doğum kanalı ya da pelvis tümörleri ve 35 yaş üzeri primipar olma olarak sıralanabilir(Olds et al., 2000; Taşkın, 2003). Ancak günümüzde medikal nedenler dışında sezaryen doğumun tercih edilmesi yaygındır. Maternal ve fetal riskten kaçınma isteği, doğum korkusu ve hekim sezaryen kararında rol oynayan önemli faktörlerdendir(Pena & Arulkumaran, 2003). Yaş, ırk, ilk gebelik, yüksek sosyo-ekonomik durum gibi hastanın demografik özellikleri ve hastanenin özel ya da kamu hastanesi olması gibi etkenler sezaryen insidansı ile ilişkilidir(Hildingsson et al., 2002).

Günümüzde cerrahi teknik ve anestezide gelişmeler, asepsi, antibiyotik tedavisi ve kan transfüzyonu sezaryenle ilgili riskleri azaltmış ancak ortadan kaldırmamıştır(Pernoll, 1994). Vaginal doğum yapan annelerle karşılaştırıldığında sezaryen, anne ve fetus için büyük riskler taşır(Mckinney et al, 2000). Bu riskler; enfeksiyon, hemoraji, üriner ve gastrointestinal sistem yaralanması, trombofilebit, paralitik ileus, atelektazi, gastrik içerik aspirasyonu gibi anestezi ve cerrahi komplikasyonları, plasental anomalilerde artma, mortalite riskinde artma, düşük, ektopik gebelik ve infertilite riskinde artma, yenidoğanda respiratuar distres sendromu riskinde artma, laserasyon ve travmalara bağlı yaralanmada artmadır (McFarlin, 2004; MacCorkle, 2004; Mckinney et al, 2000).

Yararları kadar riskleri de olan sezaryen doğum hafife alınmaması gereken büyük bir cerrahi uygulamadır. Bu nedenle endikasyon kesin olmadığı sürece, karar vermeden önce, risk ve yararları konusunda iyice düşünülmesi ve ailenin bilgilendirilerek doğum şeklini seçerken, bilinçli seçim yapması sağlanmalıdır. Bilgilendirmenin amacı, hasta ve ailesinin sağlıklarını geliştirmede, tedavi hakkında bilgilendirilmiş seçimler yapabilmesinde ve durumunu yeterli anlayabilmesinde yardımcı olmaktır. Bu amaç bireylerin sağlık durumları, hastalıkları ve tercihleri hakkında eğitilmesiyle başlanır. Operatif doğumlar eğitilmiş obstetrisyenler tarafından uygulanır fakat doğum öncesi, sırası ve sonrasında izlem başta hemşireler olmak üzere diğer sağlık çalışanları tarafından yapılır. Bu nedenle bakıma katılan herkes konu hakkında bilgili olmalıdır(Chamberlain & Ster, 1999). Doktorlar, ebe/hemşireler ve doğum eğiticileri gebeye ve aileye uygulanacak medikal tedavinin riskleri ve yararları hakkındaki olasılıklarla ilgili ne bildiğini dikkate alarak, tarafsız ve ulaşılabilir bilgiye dayalı tam ve güvenilir bilgi vermelidir. Tedavi hakkında belirli görüş ve gereksinimi olan kadınlara alternatif koşullar hakkında yeterli bilgi sunulmalıdır(Wagner, 2000; Paterson-Brown et al., 1998). Hemşirenin kanuni ve yasal sorumluluğu olduğu düşünülen hasta ve ailesinin eğitimi, perioperatif dönem boyunca hemşirenin sorumluluklarından biridir. Hasta veya hizmet sunulacaklara yönelik eğitim; hastanede yatma, yapılacak işlemler ve hastalık gibi konularda bilgileri içerir. Aynı zamanda bir cerrahi girişim olan sezaryen doğum için hazırlık yapılırken, belirlenen gereksinimler doğrultusunda, anne ve aileye açıklama yapılmalıdır. Çünkü bilgi, bilinmeyen korkusunu ve anksiyeteyi azaltmaya yardım eder ve ortaya çıkan sorunla baş etme gücünü artırır. Yapılan çalışmalarda hasta eğitimi ile pozitif sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yeterli perioperatif eğitimin anksiyetede azalma sağladığı, hastanın kendi bakımına katılımı ve bebeğinin doğumundaki kontrol hissini artırdığı, iyileşme ve taburculuğu hızlandırdığı, postoperatif komplikasyon gelişimini minimuma indirdiği ve maliyeti azalttığı gösterilmiştir(Oetker-Black et al., 2003; Güler & Taşkın, 2001; Erdil & Elbaş, 2001; Lee & Chien, 2002).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma sezaryenle doğum yapan kadınların sezaryen doğuma ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum, fetüsün, plasentanın ve zarların, karın ve uterus duvarına yapılan insizyonla doğurtulması demektir(Konakçı & Kılıç, 2002; Olds, London & Wieland Lademing, 2000; Pernoll, 1994). Başlangıçta amaç, ölen anneden bebeğin kurtarılması iken, günümüzde sezaryenin amacı, anne ve fetüsün sağlığını ve yaşamını korumak olmuştur(www.nlm.nih.gov; Konakçı & Kılıç, 2002). Medikal endikasyonlarla uygulanan sezaryenler planlı ya da acil olabilir. Elektif sezaryen terimi, önceleri sonraki gebeliğinde tekrarlayan sezaryen planlanan kadınlar için kullanılırken, günümüzde iletişim araçları ve tüketicilerin etkisiyle, ilk doğumda tıbbi bir neden olmaksızın, miadında sağlıklı bir gebe kadının kendi isteği ile uygulanan sezaryen olarak tanımlanmaktadır(Leslie, 2004). Bir kadında ilk kez yapılan sezaryen primer sezaryen olarak adlandırılırken, bunu izleyenler ise sekonder, tersiyer, vb. veya daha basit olarak mükerrer (tekrarlayan) sezaryen olarak adlandırılmaktadır(Pernoll, 1994).

2.2. Sezaryen Doğumun Tarihçesi

Sezaryen doğum, bilinen en eski cerrahi uygulamalardan biridir. Sezaryen kelimesinin nereden geldiği kuşkuludur. Bu kelimenin sezaryenle doğan ilk yaşayan bebek olduğuna inanılan Julius Caesar'dan kaynaklandığı söylentisi vardır. Ancak başlangıçta sezaryenin sadece ölen anneden yaşamakta olan bebeğin kurtarılması amacıyla uygulanması bu inanışın geçersiz olduğunu göstermektedir. Başka bir görüşe göre sezaryen, Latince kesmek anlamına gelen caedere kelimesinden türemiştir(Konakçı & Kılıç, 2002; Pernoll, 1994; www.nlm.nih.gov). Sonuç olarak, sezaryen teriminin nereden ve ne zaman ortaya çıktığı hala açık değildir. Uygulama 16 ve 17. yy'larda "sezaryen operasyonu" olarak bilinirdi. Bu durum, section terimini ortaya çıkaran Jacques Guillimeau'nun ebelik üzerine olan 1598'deki yayınına takiben değişmeye başlamış, giderek artan şekilde "operasyon" yerini "section" terimi almıştır(www.nlm.nih.gov).

Canlı bir hastada belgelenmiş ilk sezaryen operasyonu 1610 yılında yapılmış olup, hasta postpartum 25. günde ölmüştür. ABD'de, Virginia eyaletinde, Staunton yakınlarında, 1794'te bir kulübede yapılmış olan sezaryende ise hem anne hem de bebek yaşamıştır(Pernoll, 1994). Sezaryen uygulamalarında yara iyileşmesi ve hastanın anestezisi için değişik uygulamalara rastlanmaktadır. 1879 da İngiliz doktor R.W. Felkin'in sezaryen uygulamasında kadını uyutmak, abdomeni ve ellerini temizlemek için muz şarabı kullanılmıştır. Bu operasyonda orta hat insizyon yapılmış ve hemorajiyi azaltmak için koter uygulanmıştır. Uterusu küçültmek için masaj yapılmış ve uterus suture edilmemiştir. Abdominal yara demir iğnelerle dikilmiş ve köklerden yapılan bir macunla pansuman yapılmıştır. Ruanda'da yara iyileşmesi ve

hastanın anestezi için bitkisel ilaç kullanımına işaret eden raporlar vardır(www.nlm.nih.gov; Lurie & Glezerman, 2003).

Başlangıçta sezaryende uterus suture edilmezdi. Bunun nedeni büyük olasılıkla kansızlığa neden olabilen daha büyük bir hemorajiyi önlemektir. Ancak uterusu suture atılmaması, hastanın açık olan uterus sinüslerinden olan aşırı kanama nedeniyle ölümüne neden olmaktadır. Hasta kanamaya karşı yaşarsa, daha sonra ortaya çıkan sepsis hastanın kaybedilmesine neden oluyordu(Lurie & Glezerman, 2003). Lebas, 1769'da uterusun kapatılması için suture kullanılması önerdi. Absorbe olmayan ipek sutureların yara iyileştikten sonra çıkarılmasından vazgeçildi. Ancak bunun sonucunda asepsi konusundaki yetersizliklerle birlikte maternal mortalitede artma oldu. 1876'da İtalyan profesör Eduardo Porro sistemik enfeksiyonu önlemek ve uterusun hemorajiyi kontrol etmek için sezaryenle aynı zamanda histerektomi uygulanması gibi radikal bir çözüm önerdi(Lurie & Glezerman, 2003). Burada amaç fetüsün doğumundan sonra subtotal histerektomi uygulayarak annenin gelecekteki fertilitesi pahasına yaşamını kurtarmaktır. 1882'de Max Sanger karnı kapamadan önce uterus defektini suture etmenin önemini vurguladı. Sanger minimal doku reaksiyonuna neden olan gümüş suture ortaya çıkardı. Böylece annenin fertilitesi etkilenmeden yaşamı kurtarılacaktı. Aslında Amerikalı bir cerrah olan Robert Haris 1878'de Sanger'den dört yıl önce her durumda değil, bazı seçilmiş durumlarda uterusu suture kullanımını önermişti. 1906'da Frank, ekstrapéritoneal sezaryen tekniğini uyguladı. Bu teknikte abdominal kaviteye girilmeden uterusu girilmekteydi. 1923'te Portes iki aşamalı operasyon uyguladı. Bebek doğurtulduktan sonra uterusu enfeksiyon gelişip gelişmeme durumuna göre histerektomi yapılıyor ya da ikinci bir operasyonla uterus pelvik kaviteye yerleştiriliyordu(Lurie & Glezerman, 2003; Pernoll, 1994; www.nlm.nih.gov).

1880-1925 yılları arasında obstetrisyenler tarafından uterusun en alt segmentine transvers insizyon uygulaması yapılmıştır. Bu teknik, enfeksiyon ve sonraki gebeliklerde uterusun rüptür riskini azaltmıştır. 20. yy'ın başlarında İngiliz doğum uzmanı Monro Kerr'in savunduğu alt servikal sezaryen, enfeksiyon ve uterusun rüptür oranını azaltmıştır. Obstetrisyenler bu tip insizyonun vaginal doğum girişiminden ziyade sonraki tekrarlayan sezaryenler için daha güvenli olduğuna inanmışlar ve uygulamaya devam etmişlerdir(Lurie & Glezerman, 2003; Turner, 1997).

Sezaryen operasyonlarının lokalizasyon ve uterus insizyonunun yönüne göre iki uygulama şekli vardır. Bunlar; servikal transvers ve klasik vertikal insizyondur. Günümüzde yaygın olarak kullanılan insizyon tipi alt transvers insizyondur. Bu tip insizyon uterusun en ince kısmına uygulandığı için daha az kan kaybına neden olur, tamiri daha uzun süre almasına karşı daha kolay yapılır, tekrarlayan gebeliklerde rüptür olasılığı ve insizyon ile omentum ve barsakta yapışıklık olasılığı daha azdır. Ancak bu tip insizyonun işlemin daha uzun zaman alması, uterusun her iki yanında büyük kan damarlarının bulunmasından dolayı insizyonun yanlara genişletilmesinin engellenmesi gibi dezavantajları söz konusudur(Ofir et al., 2003; Mckinney et al., 2000).

2.3. Sezaryen Doğum İnsidansı

Sezaryen doğum insidansı tüm dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde giderek artmakta olup majör bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. İstatistikler tüm dünyada sezaryen doğum oranınının 20 yıldan daha az zamanda dörde katlandığını göstermektedir(Remsberg et al., 1999). 1965'te ABD'de sezaryen doğum oranı tüm doğumlarda %4.5 iken, 1993'te %22.8'e(Konakçı & Kılıç, 2002; Terhaar, 2005), 2003'te ise %27.6'ya yükselmiştir(Simpson & Thorman, 2005). Aynı ülkede 1994'te tüm doğumlar içindeki sezaryen doğum oranı %22 olup, bu oranın %15.8'i ilk sezaryen, %6.2'si tekrarlayan sezaryen doğumlardır(Mckinney et al., 2000). Aslında sezaryen, ABD'de her yıl yaklaşık bir milyon ile en çok uygulanan majör operasyondur(Ofir et al., 2003). Çin'de 1966'da 2.4 olan sezaryen oranı 1981'de 20.5, İtalya'da 1980'den 1990'a kadar geçen sürede %11.1'den %21.2'ye yükselmiştir(Konakçı & Kılıç, 2002). İngiltere, İskoçya ve İsveç'te bu oran %10-12, Japonya'da ise %7'dir(Olds et al., 2000). Brezilya dünyanın en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir. 1996'da bu oran %36.4 olarak bildirilmiştir(Konakçı & Kılıç, 2002).

Sezaryenle doğum oranı eğitim durumu ve yaşanılan yere göre farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde sezaryen oranının düşük olduğu bulunmuştur(Remsberg et al., 1999). Brezilya'da 1996'da yapılan bir araştırmada kırsal alanda sezaryen oranı %20 iken, kentsel alanda bu oran %42'dir(Hopkins, 2000). Yapılan başka bir araştırmada özel hastane ile kamu hastanelerindeki oranlar arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özel ve kamu hastanelerinde istenmeyen sezaryen oranıyla ilgili prospektif olarak yapılan araştırmada sezaryen oranı kamu sektöründe %31 iken, özel sektörde %72 olarak bulunmuştur(Potter et al., 2001).

TNSA 2003 yılı verileri, Türkiye'de araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21'inin sezaryenle dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu yüzde, 1998'den (%14) bu yana sezaryenle yapılan doğumlarda %7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Daha ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitilmiş kadınlar arasında doğumların sezaryenle yapılması daha yaygındır. İstanbul'da, Batı Marmara'da ve Doğu Karadeniz'de doğumların %30'dan fazlası sezaryen ile yapılmıştır(www.hips.hacettepe.edu.tr). Ancak kırsal alanda ya da kentte yaşamaya ve bölgelere göre sezaryen oranlarında farklılıklar vardır. Kentte yaşayanlarda sezaryen oranı kırsal alanda yaşayanlardan %75, batıda yaşayanlarda doğuda yaşayanlara göre %62, güneyde yaşayanlarda ise doğuda yaşayanlara göre %21 daha fazladır. Yine yapılan bir araştırmaya göre annenin hiç okula gitmediği durumda sezaryen ile doğum %5.8 iken, en az orta okul mezunu olanlarda bu oran %33.3'e çıkmaktadır(Konakçı & Kılıç, 2002). Türkiye'de sezaryenle doğum tercihi annenin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence ve anne yaşı arttıkça artmaktadır. Kentte yaşıyor olma, doğumun özel hastanede yapılması ve antenatal ziyaret sayısının fazla olması da sezaryen oranınının yüksek olması üzerinde etkili bulunmuştur(Koç, 2003).

Sezaryen oranının yükselmesine etki eden başka etkenler de vardır. Bunlardan biri doğum oranlarının azalması ve doğacak bebeğin sağlıklı olmasına ve gebeliğin başarılı bir şekilde sonlanmasına verilen önemin artmasıdır. Diğer bir neden ulusal bebek ölüm oranlarının, sağlık bakımının niteliği konusunda uluslar arası bir ölçü olarak gösterilmeye başlanmasıdır. Aynı zamanda tıbbi bakımdaki ilerlemeler sezaryen doğum nedeniyle anne ölümünün azalmasına neden olmuştur. Sezaryenin kolay bir uygulama olması, operasyona kolaylıkla karar verilmesine neden olmuştur. Normal doğuma güvenli bir alternatif olan sezaryen, riskli gebeliklerin başarıyla sonlanmasını sağlayan uygulanabilir bir yoldur. Çeşitli gebelik komplikasyonlarını önlemede sezaryen doğumun yararını gösteren çalışmalar da sezaryen eğilimini artırmıştır. Doktorlar da forseps kullanımı gibi müdahale gerektiren zor doğumlarda, cerrahi uygulamayı onaylamışlardır. Sezaryen doğum oranını artıran önemli nedenlerden biri de tekrarlayan sezaryen sayısındaki artıştır. “Bir kez sezaryen, daima sezaryen” inancı, sezaryen sayısının hızla artmasına önderlik etmektedir(Murta & Nomelini, 2004).

2.4. Sezaryen Tercihini Etkileyen Faktörler

Sezaryen, zamanında operasyon uygulanmazsa, anne veya fetus için olumsuz bir sonuç ortaya çıkma riski olduğunda endikedir(Pernoll, 1994). Bu durumda sezaryen yapılmadığında ortaya çıkacak risklerin, sezaryen doğumun risklerinden daha fazla olması gerekir. Ancak günümüzde medikal nedenler olmaksızın sezaryen doğumun tercih edilmesi yaygındır.

Kadınların sezaryeni tercih etme nedenleri araştırıldığında genellikle benzer sonuçlar bulunmuştur. Gamble ve Creedy (2001)'nin 36-40 haftalık gebeler arasında yaptıkları çalışmada, doğum tipi tercihi, tercih nedenleri, doğuma hazırlanma, anksiyete ve endişe düzeyleri ve primer bakım vericilerin etkisi araştırılmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin yalnız %6.4'ünün sezaryen ile doğum tercih ettiği saptanmıştır. Sezaryen doğumu tercih edenlerin çoğunun öncesinde komplikasyonlu doğum yaşamış ya da yaygın doğum komplikasyonuna sahip olduğu görülmüştür. Bir başka araştırma İsveç antenatal kliniklerinde yapılmıştır. Bu araştırmaya katılan kadınların da yalnız %8.2'sinin sezaryenle doğumu tercih ettikleri bulunmuştur. Sezaryen tercihinde önceki sezaryen, doğum korkusu, negatif doğum deneyimi, yaş, medeni durum, yaşanan yer ve obstetrik hikaye etkili faktörler olarak saptanmıştır(Hildingsson et al., 2002).

Kadınlar, %80-90 oranında normal doğumu tercih ediyor görünmelerine karşın sezaryen oranının bir çok ülkede %30'a ulaşması, sezaryen doğum tercihinde etkili başka faktörlerin olduğunu göstermektedir(Hopkins, 2000). Brezilya %36 ile dünyada en yüksek sezaryen oranına sahiptir. Bu ülkede yapılan bir çalışmada özel ve kamu sektöründeki hastaların vaginal doğum için tercih oranlarının birbirine çok yakın olduğu ancak vaginal doğum tercihinin gerçek vaginal doğum oranından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kamu sektöründeki primipar kadınlardan %90'ı, özel sektördeki kadınların %84'ü vaginal doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir. Hem kamu sektöründe, hem de özel sektörde çalışan multipar kadınların %80'i vaginal doğumu tercih edeceklerini bildirmiştir. Annelerin yüksek

oranda vaginal doğumu tercih etmelerine karşın, sezaryen olmalarından doğan çelişki olası üç nedene dayandırılmaktadır. Bunlar; Brezilyalı doktorların sezaryenin anne için daha rahat, bebek için daha güvenli olduğunu düşünmesi, doktorların hastaların tercihlerini belirleme becerisine sahip olmamaları ve planlanan doğumların daha uygun olduğu inancında olmalarıdır(McFarlin, 2004). Fabri ve Murta (2002)'ın araştırmasında sezaryen oranının özellikle özel hastanelerde yüksek düzeyde olması ve yalnız medikal nedenlerle yapılmadığı sonucuna varılmıştır. Medikal endikasyon dışındaki sezaryen tercihlerinde anneye ve hekime ait faktörler rol oynamaktadır(Hildingsson et al., 2002).

Medikal Endikasyon Dışındaki Sezaryen Tercihinde Anneye Ait Faktörler: Doğum korkusu (tokofobi), istek üzerine sezaryende nullipar kadınlar için en yaygın nedendir(Leeman, 2005; Saisto & Halmesmaki, 2003) ve kadınların %20'si tarafından belirtilmektedir(McFarlin, 2004). 2003'te tüm primipar kadınlarda sezaryen oranı %27.1 ile eşi görülmemiş düzeyine ulaşmıştır. Düşük riskli kadınlar için bu oran %23.6'dır(Buhimschi & Buhimschi, 2006). Finlandiya, İsveç ve İngiltere'de sezaryen doğumların yaklaşık %7-22'sinde doğum korkusu ve annenin isteğinin etkili olduğu saptanmıştır(Saisto & Halmesmaki, 2003). Bu korku bazı kadınlarda gebelikten kaçınmaya bile neden olabilmektedir. Tokofobi çocukluktaki cinsel suistimal ya da tecavüz sonucu olabildiği gibi doğum ağrısı, kendi vücutları ve bebekleri için potansiyel yaralanmadan korkma, önceki travmatik ya da stresli doğum deneyimi ya da doğum ağrısı ile başa çıkamama endişesinin bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Doğum korkusu aynı zamanda kişisel özellik, genel anksiyete, düşük benlik saygısı, depresyon, eşi ile ilişkisinde mutsuz olma ve destek olacak kişilerin olmayışı ile de bağlantılı olabilir(Leeman, 2005; Penna & Arulkumaran, 2003). Yapılan bir araştırmada anksiyetesi yüksek ve stresle başa çıkma yeteneği düşük olan ve 32. gebelik haftasında doğum korkusunu açıkça belli eden kadınların, çoğunlukla acil sezaryen ile doğum yaptıkları rapor edilmiştir. Buna bağlı olarak gebeliğin üçüncü trimesterinde görülen doğum korkusunun acil sezaryen riskini artırabileceği görüşüne varılmıştır(Ryding et al., 1998). Doğum yapmış kişilerin doğumları hakkındaki "iyi" ya da "kötü" gibi açıklamalarının da gebe kadınların doğum tercihi davranışını etkilediği bilinmektedir(Penna & Arulkumaran, 2003). Hastaların doğum ağrısı ve doğumdan korkmaları, doğumhane fizik ortamlarının uygun olmaması, hastalar için psikolojik desteğin gözardı edilmesi, doğum anestezişinin (epidural anestezi) yaygın olarak kullanılmaması, hastaların sezaryeni tercih etmelerine ve hekimler üzerinde bu yönde baskı yaratmalarına neden olmaktadır(Boran ve diğ., 1999; Önderoğlu ve diğ., 1999).

Fetal riskten kaçınma isteği, sezaryen tercihinde etkili en önemli nedenlerden biridir. Bir çok ülkede perinatal mortalite oranının azalması öncelikle oldukça sabit kalan antepartum ölü doğum oranı ile yenidoğan bakımındaki gelişmelerin sonucudur. Çalışmalar her bin gebe kadın için hesaplanan ölü doğum riskinin 37. gebelik haftasından 43. gebelik haftasına kadar altı kat arttığını göstermektedir. Bu oran, sıklıkla elektif sezaryen için haklı neden olarak kullanılır. Elektif sezaryenin ölü doğum ve intrapartum hipoksi ile ilişkili serebral palsy ve omuz distosisine sekonder olarak gelişen brakial sinir yaralanması gibi fetal travmaları önlediği belirtilmektedir. Bu tür komplikasyonların önlenmesinde elektif sezaryen, potansiyel

bir çözüm yolu olmasına karşın iyi bir fetal monitörizasyon ile bu risklerin önlenebileceğine işaret edilmektedir(Penna & Arulkumaran, 2003).

Maternal riskten kaçınma isteği, sezaryenin tercih edilmesinde önemli bir başka nedendir. Elektif sezaryen ile doğum ağrısından kaçınılması olasıdır ancak postoperatif cerrahi ağrı gözardı edilmektedir. İlk gün ve doğumdan sonraki haftalarda sezaryen olan kadınların vaginal doğum yapan kadınlardan daha şiddetli ve uzun süren ağrıya sahip olmaları olasıdır(www.maternitywise.org). Dolayısıyla sezaryen postnatal ağrı ve hareketin sınırlanmasını kapsayan daha uzun bir iyileşme periyodu ile ilişkilidir(Keogh et al., 2005). Öte yandan acil sezaryen, elektif sezaryenden daha risklidir. Bu durum doğum eyleminde acil sezaryen riskini ortadan kaldırmak için elektif sezaryen tercihlerini haklı çıkarmaktadır. Bunun dışında gebelik ve üriner inkontinans ve prolapsus gibi pelvik taban hastalıkları gelişimi arasındaki ilişkiyi destekleyen kanıtlar, bazı obstetrisyenlerin elektif sezaryeni tercih etmelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte varolan kanıtlar, sezaryenin tam olarak bu komplikasyonların gelişimini önlemediğini göstermektedir. Gerçekte bu durumun etyolojisinde doğum yolu ne olursa olsun gebeliğin kendisinin önemli bir etmen olduğu belirtilmektedir. Ciddi perineal travma ve uzun süreli üriner ve fekal inkontinans riskinin, müdahaleli vaginal doğumlarda daha fazla olduğu ise bir gerçektir(Penna & Arulkumaran, 2003; Richman & Harer, 2003). Günümüzde kadınların bir çoğu pelvik taban hasarı, seksüel fonksiyonda değişme ve üriner inkontinanstan kaçınmak için sezaryen doğumu tercih etmektedirler(Baytur ve diğ., 2005).

Medikal Endikasyon Dışındaki Sezaryen Tercihinde Hekime Ait Faktörler: Sezaryen kararı kadın ve doktorun birlikte aldığı bir karardır. Doktorların medikal uzmanlık ve otoritesi, sezaryen seçiminde kadını ikna etmede yol göstericidir. Bu nedenle doktorlar sezaryen kültürünün oluşmasında çok aktif rol alırlar(Hopkins, 2000). Sezaryen doğumda doktorlar daha az çalışırlar ve daha fazla para kazanırlar. Hastane de sezaryen doğumlarda, vaginal doğuma göre daha fazla para kazanır. Sonuçta yüksek sezaryen oranları doktorlara, hastanelere ve endüstriye daha fazla kazanç sağlamaktadır(Wagner, 2000). Wagner (2000)'e göre doğumda doktor yerine ebeler olsa sezaryen oranı düşecektir. Doğumda doktorları bulundurmamak sezaryeni artırma kampanyasının bir parçasıdır. Amerikan ve İngiliz doktorların bazıları sezaryenle doğumu diğerlerine göre daha fazla savunmaktadırlar. Sezaryenin vaginal doğum kadar güvenli olduğu, pelvik taban hasarını ve vaginal doğumun neden olduğu önemli sorunları azalttığı ve yenidoğan için daha güvenli olduğu savunulmakta ve bir çok kadın tarafından da arzulandığı kanıtlanmaya çalışılmaktadır(Geor, 2001). Sezaryen oranının çok yüksek olduğu Brezilya'da da doktorların çoğu, sezaryen ile doğumun anne için daha rahat ve yenidoğan için daha güvenli olduğuna inanmaktadır(Hopkins, 2000). Mitler et al. (2000) çalışmasında erkek doktorların bayan meslektaşlarından anlamlı şekilde daha fazla sezaryen uyguladıkları bulunmuştur. Al Mufti et al. (1996) tarafından kadın doğum uzmanları üzerinde yapılan bir araştırmada araştırmaya katılan kadın kadın doğum uzmanlarının %31'inin ve erkek kadın doğum uzmanlarının da %8'inin sezaryenle doğumu tercih ettikleri, genç katılımcılarda sezaryen tercihi artma olduğu ve sezaryeni tercih eden katılımcıların %80'nin ana neden olarak perineal hasar

korkusunu gösterdikleri bulunmuştur. İngiltere’de yapılan bir araştırmada erkek doktorların %16’sı ve kadınların %15’i vaginal doğumdan çok elektif sezaryeni tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. İrlandalı obstetrisyenler içinde yapılan benzer bir araştırmada, kendileri ya da partnerleri için elektif sezaryeni seçenler %7’den daha az bulunmuştur(McFarlin, 2004). İskoçyalı bayan obstetrisyenlerle yapılan başka bir araştırmada sadece %15’inin elektif sezaryeni seçeceği, vaginal doğumu deneyimlemiş olanlardan hiç birinin sezaryeni seçmeyeceği bulunmuştur. İlginç olarak obstetrisyenlerin %84.5’i hastanın isteği üzerine sezaryen uygulamaya gönüllü olmasına karşın Maine’de obstetrisyenlerin sadece beşte biri kendileri ve partnerleri için sezaryeni tercih etmişlerdir(Wax et al., 2005). Annenin isteği doktorlar tarafından elektif sezaryen için önemli bir endikasyon olarak gösterilmektedir(Geary et al., 1998). Ancak tıp literatüründeki kanıtların çoğu bu iddiaların doğruluğunu çürütür niteliktedir(Fugh-Berman, 2004; Geor, 2001).

2.5. Sezaryen Tercih ve Etik

Medikal bir endikasyon yokken kadınların sezaryeni tercih etme nedenleri, vaginal doğumla ilişkilendirilen anal ya da üriner inkontinans gibi sonraki yaşamında karşılaşılabilecek sağlık problemlerini önleyeceği, kendisi ve bebeği için daha iyi ve daha modern olduğu, sezaryenle doğan bebeklerin daha zeki olduğu inancı, doğum ağrılarının tümüyle kurtulma isteği ve bebeğin doğumu için planlı bir zamana sahip olma isteğidir(Leslie, 2004; Cai et al., 1998). Elektif sezaryenle ilgili olarak tartışılan konular, söz edilen maternal-fetal yararları (sosyal uygunluk, maternal-fetal riskleri önlemesi, doğum ve doğum eylemi korkusu), annenin seçimi (otonomi), medikal faktörler (pelvik taban yaralanmasını önleme) ve doktor faktörüdür (doktorun yargısı/fikri, babacıl olmayan, diğer doktorlar tarafından olumsuz eleştirilmekten kaçınma, zaman kısıtlamaları ve elverişliliği). Elektif sezaryene ilişkin uzun dönemli sağlık problemleri, vaginal doğumla karşılaştırıldığında yararların net olmaması ve uygulama nedeniyle maternal mortalite ve morbiditede artma ise elektif sezaryen doğumun dezavantajlarına ilişkin tartışma konularıdır. ACOG’un 2003 yılında yeterli bilgilendirilmiş onaydan sonra, normal gebelikte elektif sezaryen doğuma izin verilebilirliği destekleyen yayını planlı sezaryen ile doğum isteğinde artmaya neden olmuştur. Kanada jinekolog ve obstetrisyenler topluluğu (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada = SOGC) benzer öneriler yayınlamıştır(Singer, 2004). Buna karşın uluslararası jinekoloji ve obstetri federasyonu (International Federation Gynecology and Obstetric = FIGO) net yararı kanıtlamanın oldukça zor olduğunu, non-medikal nedenlerle sezaryen uygulamanın etik olarak savunulamaz olduğunu ifade etmektedir. Amerikan Ebeler ve Hemşireler Birliği (The American College of Nurse-Midwives = ACNM) kadınların kesin olmayan sözlere dayanılarak kandırılacağını ifade ederek, sezaryenin hastanın kendi tercihi olmasını öneren kararı kınamıştır. ACNM’ye göre sezaryen koruyucu uygulamaya dayalı bir seçim değil, son çare olmalıdır(Leeman, 2005). Diğer yandan elektif sezaryen sıklığındaki artmanın, daha sonra tekrarlayan sezaryen oranında artma ile sonuçlanıp sonuçlanmayacağı da tartışma konusudur. Komplikasyonsuz bir vaginal doğumdan sonra ikinci vaginal doğum hemen hemen daima komplikasyonsuzdur. Fakat aynı şey sezaryen için geçerli değildir. Önceki uterin skarlarla ilişkili uterin rüptür riski abartılmasına rağmen plasenta previa, plasenta aktreta, uterin rüptür, kanama ve enfeksiyon ve pelvik organların hasarı birbirini

izleyen sezaryen sayısı ile artar. Peripartum histerektomi, şok, hemoraji, anne ve bebek ölümü uterin rüptürden kaynaklanan komplikasyonlardır(Murta & Nomelini, 2004).

Geçmişte varolan, hekimin hasta için en doğru olan yaklaşımı belirlemesi, bilgi ve becerisini bu yönde kullanması, bir babanın çocuğuna gösterdiği gibi bir sahiplenme göstermesi ve onun yerine kararlar alması şeklindeki paternalistik yaklaşım, yerini hasta merkezli yaklaşıma bırakmıştır. Çünkü hasta/insan kendisiyle ilgili konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar veren ve bu kararlar doğrultusunda uygulamalarda bulunan özerk bir varlıktır(Bahçecik ve diğ., 2004; Gülhan, 2001). Özerk bir varlık olarak ele alınan insanın bağımsız kararlar alıp uygulamalar yapabilmesi için, içinde bulunduğu durumla ilgili bilgiye sahip olması gerekir. Bilgilendirme yalnız bilgi verme olarak anlaşılmamalıdır. Bu nedenle bilgilendirme yerine aydınlatma terimi kullanılmaktadır. Aydınlatma, aktarılan bilgilerin anlaşılır olmasını ve hastanın hastalığı ile ilgili seçeneklere katılımını kapsamaktadır. Aydınlatma, hastaların durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk ve yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavinin yapılmamasının sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi ile ilgili konuları içerecek şekilde sağlık durumları hakkında tam olarak bilgilendirilmelerini kapsamaktadır. Bilgilendirme hastanın anayasa teminatı altında olan “kendi geleceğini bizzat belirleme hakkının” somutlaşmasına hizmet eder(Bahçecik ve diğ., 2004; Kayabeyoğlu, 2002; Gülhan, 2001).

Onam, anlaşma ve bir işi kabul etme anlamına gelen rızadır. Cerrahi müdahale de hukuk açısından yaralama olarak nitelendirildiği için özellikle cerrahi müdahalelerde bilgilendirilmiş onam daha da önem kazanmaktadır. Burada red de söz konusu olabilir. Kadınlar mantıklı olan ya da olmayan nedenlerle ya da nedensiz medikal öneri ya da tedaviyi, sonuç fetüsün ya da kendisinin ölmesine ya da yaralanmasına neden olsa bile reddetmekte özgürdür(Paterson-Brown et al., 1998). T.C. Anayasa'sının 17. maddesinde “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” denmektedir. Bu anlamda yalnızca cerrahi girişimlerde ve araştırmalarda değil hastaya uygulanan tüm tıbbi ve hemşirelik uygulamalarından önce hastanın bilinçli onayı alınmalıdır(Bahçecik ve diğ., 2004). Gerçek anlamda bilgilendirilmiş onamın alınması kolay değildir. Hastalar sıklıkla tedavi ve uygulama için onay verirler ancak sonuçlar şaşırtıcı olabilir. Elektif sezaryen de böyle bir durumdur. Onay sürecinde nadiren sezaryenin uzun dönem etkileri ve ciddi komplikasyonları tartışılır. Bu nedenle ‘gebe sezaryen ve vaginal doğumların ölüm riskini bilseydi hangisini seçerdi?’ sorusu tartışılabilir(McFarlin, 2004). Etik alanındaki bazı uzmanlar da kadın-doğum uzmanlarının bilgilendirilmiş onam için kadına yeterince bilgi vermeyeceklerini, çünkü elektif sezaryenin kazançta artma, hasta için harcanan zamanda azalma, programlamada uygunluk, tıbbi-kanuni sorumlulukta azalma sağlaması nedeniyle kesin olarak doktora yararı olduğuna işaret etmektedirler(Gülhan, 2001). Bu nedenle verilen onayın yazılı hale dönüştürülmesi hem hasta, hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ancak verilen onayın geçerli olabilmesi için hastanın onay verdiği konuda bilgilendirilmiş olması gerekmektedir. Pratik uygulamada kullanılan, 1219 sayılı yasanın 70. maddesine dayanılarak hazırlanmış bir formun imzalatılması hastanın bilgilendirilmiş olduğu

anlamına gelmez. Hasta etraflı olarak bilgilendirilirse, bilgilendirme esnasında söylenenleri tam olarak anlarsa, hiçbir baskı altında kalmadan kendi iradesi ile hareket ederse, bu esnada yeterliliği varsa ve tıbbi girişime onay veriyorsa bilgilendirilmiş onamdan söz edilebilir(Bahçecik ve diğ., 2004; Gülhan, 2001). Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gerektiği durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak girişim yapılabilir. Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumlarda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir(Bahçecik ve diğ., 2004; Kayabeyoğlu, 2002).

Annenin isteği üzerine sezaryen uygulanması etik bir ikilemdir. ACOG'un düşüncesine göre eğer doktor sonuçta sağlığı ilerleteceğine, anne ve fetüsün vaginal doğuma göre daha rahat olacağına inanırsa sezaryen uygulanmasında etik olarak sakınca yoktur. ACOG'un bu görüşü elektif sezaryende hasta seçimini kabul eden doktorları destekler niteliktedir(Leeman, 2005). Danimarkalı doğum uzmanlarının %37.6'sı uygulamada seçimin, kadının hakkı olduğu görüşünde olduklarını göstermektedir(Murta & Nomelini, 2004). Eğer kadın sezaryeni isterse fakat medikal bir endikasyon olmadığı için bu istek reddedilirse zorunlu olarak vaginal doğum yapmasını söylemek doğru mudur? Bu bir ikilem yaratmaktadır. Gebelik, hastalık değildir. Bir çok kadın gebelik, doğum ve doğum sonunda herhangi bir medikal ve cerrahi tedaviye gereksinim duymaz. Kadın ve eşi gebeliğin sonucu olan vaginal doğumun sorumluluğunu almalıdır. Bu sorumluluk sağlık profesyonellerinin değildir. Nasıl viral influenzalı bir hasta antibiyotik isteğiyle geldiğinde doktor bunu reddetme hakkına sahipse, sezaryeni de reddetme hakkına sahip olmalıdır. Hastanın seçme hakkı olduğunu söylemek, hastanın istediği her şeyin yerine getirileceği anlamına gelmemelidir. Elektif sezaryenin aşırı kullanımı toplumun büyük bir kesimini tehdit etmektedir. Sezaryen seçimi medikal ve cerrahi tedavinin maliyetini artırmaktadır. Sezaryen bir cerrah, yardım için ikinci bir doktor, anestezi uzmanı, hemşire, malzeme, operasyonun uygulanacağı oda, operasyon için kan ve postoperatif daha uzun hastanede kalmayı gerektirmektedir. Eğer sezaryen basite alınarak sık tercih edilen bir operasyon olursa, kaynakların gereksiz kullanımı sonucu sağlık bakımını sürdürmek için gerekli kaynaklarda azalma olacaktır. Örneğin, Brezilya'da sezaryen oranı %100 olan hastaneler vardır ve bu durum ülkenin sınırlı kaynakları üzerine büyük bir mali yük oluşturmaktadır. Daha kötüsü maternal mortalite sezaryen oranının yüksek olduğu bu bölgelerde artmaktadır(Wagner, 2000).

Elektif sezaryeni isteyen hastanın doktoru, hastanın hikayesini gözden geçirmeli ve bu isteğin nedenlerini tartışmalı (önceki negatif deneyimler, korku, post travmatik stres hastalığı, uygun bilgilenmeme, vb.), doğum eyleminde normalin ne olduğu, spontan doğum, elektif induksiyon ve elektif sezaryen gibi varolan seçeneklerin risklerini ve yararlarını açıklamalı, hastanın bilgisini değerlendirmelidir. Vaginal doğum ve sezaryenin kısa ve uzun dönem etkileri kadının bireysel üreme hikayesi ve gelecek doğum planları hakkında tartışılmalıdır. Elektif sezaryen ile ilişkili ciddi kanıtlar değerlendirilip, sezaryen doğum oranlarının önüne geçme, sezaryenden sonra vaginal doğum ve elektif sezaryen ile ilişkili bilgi verilmelidir. Doktorlar, ebeler ve hemşireler ulaşılabilir bilgiye dayalı tam ve doğru önerilerde

bulunmalı, ancak asla zorlayıcı olmamalıdır. Eğer tartışmadan sonra kadın hala sezaryen doğumu isterse, ona seçme hakkı verilmeli, hatta gerekirse başka bir doktora yönlendirilmelidir (Leeman, 2005; McFarlin, 2004; Richman & Harer, 2003; Paterson-Brown et al., 1998).

2.6. Sezaryen Doğumun Endikasyonları

Sezaryen, vaginal doğumun kolay olmadığı ya da anne veya bebek için aşırı risk taşıdığı durumlarda uygulanır. Sezaryen için endikasyonlar tekrarlayan sezaryen, makat prezentasyon, distosi, fetal distres ve diğerleri olmak üzere beş ana gruba ayrılır (Abu-Heija & Zayed, 1998). Endikasyonların bazıları açık ve kesin iken bazıları görecelidir. Bazı olgularda sezaryen mi yoksa vaginal doğumun mu daha iyi olacağını saptamak için çok hassas karar verilmesi gerekir (Pernoll, 1994).

Baş pelvis uyumsuzluğu (Cephalo-Pelvic Disposition=CPD): Pelvisten geçemeyecek kadar büyük bir fetal başın olduğu olgularda doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir. Ancak burada fetüs başı ve pelvis birlikte değerlendirilmelidir. Çünkü küçük bir bebek dar bir pelvisten geçerken, geniş bir pelvis iri bir bebek için yetersiz olabilir. Bazı durumlarda pelvis girimi doğum için uygun olmayabilir. Özellikle primigravidalarda, doğum eylemi başlamadan yapılan muayenede, prezente olan kısım pelvis giriminin üstünde sağ ya da solda palpe edilirse pelvis darlığı tanısı konur. Çünkü primigravidada eylem başlamadan bir iki hafta önce fetüs başı pelvise yerleşir. Eylem sırasında baş +2 seviyesinin altına inmiyorsa, orta pelvis darlığından söz edilir. Pelvis darlığından şüphelenildiği durumlarda, ultrasonografi (USG) ile kesin tanı konularak doğum sezaryen ile yaptırılmalıdır (Coşkun ve diğ., 1996; Pernoll, 1994).

Uterin disfonksiyon, serviksin dilate olmaması: Uterin disfonksiyon hipertonic ve hipotonik disfonksiyon olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar. Hipertonic uterin disfonksiyon daha çok anksiyetesi yüksek olan nulliparlarda görülür. Bu olgularda uterin aktivite durdurularak daha etkin bir doğum eylemi gerçekleştirilmeye çalışılır ancak hipertoni devam ederse doğum sezaryenle gerçekleştirilir. Hipotonik uterus disfonksiyonu kontraksiyonların sayısında azalma ile karakterizedir. Bu durumu doğru şekilde saptayabilmek için partograftan yararlanılır. Eğer serviks saatte 1 cm'den fazla açılmıyorsa disfonksiyonel eylem olasılığı akla gelmelidir. Bu olguların büyük bir kısmı oksitosin infüzyonu ile düzeltilebilir. Ancak oksitosin uygulaması başarılı olmazsa, sezaryen ile doğum gerçekleştirilir (Taşkın, 2003; Pernoll, 1994).

Fetal distres: Fetal kalp hızında azalma ya da düzensizlik, fetüsün aşırı hareketli olması ve amnion sıvısının mekonyumlu olması fetal sağlığın tehlikede olduğunun göstergesi olup acil olarak sezaryen gerektirir (Taşkın, 2003). İntarpartum hipoksi, doğum eylemlerinin yaklaşık %1'inde görülür ve 1000 gebeliğin yaklaşık 0.5'inde ölümle ve 1000 gebeliğin 1'inde serebral palsy ile sonuçlanır. İntarpartum hipoksinin patogenezi sıklıkla multifaktöriyeldir. Uteroplantal vasküler hastalık, uterin perfüzyonun azalması, fetal sepsis, fetal rezervlerin azalması ve kord baskısı gibi oluşumların sadece bir tanesi ya da

kombinasyonu olabilir ve gestasyonel ve antepartum faktörler fetal cevabı değiştirebilir. Fetal distres klinik olarak tanımlandığında hızlı doğum amaçlanır ve standart olarak fetal distresin tanımlanmasından sonra 30 dk içinde ya da mümkün olan en hızlı şekilde doğum gerçekleşmelidir(James, 2001).

Prezentasyon ve pozisyon bozukluğu: Fetüsün en yaygın prezentasyonu vertextir. Fetüs diğer kısımlarla prezente olduğu zaman doğum eylemi zorlaşır. 32. haftada fetüslerin %6'dan daha fazlası makat prezentasyondadır. Termdeki doğumların %3-4'ünde mevcuttur(Simm & Woods, 2004). Makat prezentasyon sıklıkla prematürite, multiparite, pelvik anormallikler, plasenta previa ve bazı konjenital anomalilerle ilişkilidir. Doğum travmasından dolayı makat prezentasyonla ilişkili fetal mortalite ve morbiditede artma vardır. Fetüsün pelvise inişi uzun olabilir fakat doğum eylemi genellikle fazla uzun değildir. Makat prezentasyonda fetüsün büyüklüğü, anne pelvisi ve prezentasyon durumuna göre bazen normal doğum gerçekleştirilebilir(Breslin & Lucas, 2003; Coşkun ve diğ., 1996; Pernoll, 1994). Kumari & Grundsell (2004) çalışmasında termde makat prezentasyonu olan grandmultipar kadınların %85'inde vaginal doğumun anlamlı neonatal morbidite olmaksızın başarılabilirliğini bulmuştur. Makat prezentasyonda sezaryen doğum genellikle gerekmez ancak özellikle nullipar gebelerde yaygın olarak uygulanır. Makat prezentasyon sezaryen doğumların %10'nunu oluşturur ve termdeki gebeler için acil sezaryen riski %40'ın üzerindedir(Hannah, 2004). Alın, yüz, omuz prezentasyon durumunda sezaryen doğum sıklıkla uygulanır. Transvers yatış tüm fetal prezentasyonlar içinde en tehlikeli olanıdır. Tanı Leopold manevraları kullanılarak konulabilir(Seffah, 1999).

Plasenta previa: Plasenta genellikle uterusun ön ve arka duvarına ya da fundusa yerleşir. Ancak gebeliklerin %1'inden daha azında plasenta uterusun alt kısmına yerleşmektedir. Bu durum plasenta previa olarak adlandırılır. Plasenta previa yaklaşık 200 gebelikte bir meydana gelir ve antepartum hemorajiye ve preterm doğuma neden olabilir(Lin et al., 2001). Kanama olasılığı fazla olduğu için sezaryen neredeyse tüm plasenta previa vakalarında bebeğin sağlığı için kabul gören bir uygulamadır(Moore & Costa, 2003; Gilbert & Harmon, 2002).

Ablasyo plasenta: Normal implante olmuş plasentanın, uterus duvarından erken ayrılması durumudur. Fetal distresin gelişip gelişmemesine, zarların açılmasını takiben eylemin başlayıp başlamamasına ve vaginal doğumun iki saat içinde gerçekleşme ihtimalinin olup olmama durumuna göre sezaryen doğum uygulanır. Vaginal doğum ancak acil olarak sezaryenle doğumun gerçekleştirilebileceği bir yerde denenebilir(Taşkın, 2003; Gilbert & Harmon, 2002; Pernoll, 1994).

Preeklampsi-eklampsi: Daha önce tansiyonu normal olan bir kadında gebeliğin 20. haftasından sonra ya da postpartum erken dönemde hipertansiyon, proteinüri, anüri ve aşırı kilo alma ile birlikte gelişen duruma preeklampsi denir. Preeklampsiye konvülsiyon ve komanın eklendiği durum eklampsidir. Preeklampsi tüm dünyada %2-5 insidansa sahip, karmaşık ve gebeliğin ciddi bir multisistem hastalığıdır. Gelişmekte olan ülkelerde tüm maternal ölümlerin %10'u preeklampsiye

bağlanır. Preeklampsisi komplikasyonlu gebelikler her 1000 doğumda 33.6 oranında neonatal mortalite ve ölü doğumla ilişkili olup daha fazla doğum eyleminin indüklenmesi gereksinimi, prematür doğum, plasental ayrılmanın ciddi komplikasyonları, oligüri, koagülopati ve renal yetersizlik gibi komplikasyonlarla ilişkilidir(AI-Mulhim et al., 2003). Medikal literatür, ciddi preeklampsisi olan gebeliklerde ilk 72 saatte doğumun gerçekleştirilmesini destekler. Bununla birlikte doğumun ne şekilde gerçekleştirileceği tartışmalıdır. ACOG, anne için yararlı ve başarı olasılığının yüksek olması nedeniyle vaginal doğumu önerir. Bazıları da gestasyonel yaş 30 haftadan küçükse hemen sezaryen doğum uygulanmasını önerirler(Coppage & Polzin, 2002). Coppage & Polzin (2002)'nin çalışmasında, ciddi preeklampsisi durumunda hemen sezaryen uygulanmasının anne ve bebek için yararlı olmadığı, sezaryen grubunda maternal ve perinatal morbiditenin arttığı bulunmuştur. Eğer eylemin indüksiyonu uygun değilse sezaryen doğum uygulanır(Gilbert & Harmon, 2002; Pernoll, 1994).

Kronik hipertansiyon: Kronik hipertansiyon gebe kadınların %5'inden daha fazlasında meydana gelir ve prematür doğum, fetal büyüme geriliği, plasental ayrılma ve sezaryen doğum gibi ciddi yan etkilerle anlamlı şekilde ilişkilidir(Vigil-De Gracia et al., 2004).

Kordon sarkması: Umblikal kordun prezante olan fetüs kısmı ile kemik pelvis arasında sıkışması sonucu fetal kan akımının engellenmesi, fetal hipoksiye neden olur. Bu daha çok fetüsün makat ve transvers prezentasyonu durumunda ortaya çıkar. Multiparite, preterm doğum, çoğul gebelikler ve özellikle makat veya transvers yatış gibi malprezentasyon durumları hazırlayıcı faktörlerdir(Panter & Hannah, 1996). Kord prolapsusu, kordun kompresyonu ve vazospazmı ile fetüse olan kan akımının uzun süre engellenmesi nedeniyle fetal hipoksi, merkezi sinir sistemi hasarı ve ölüme yol açacağından doğum sezaryenle gerçekleştirilir(Taşkın, 2003; Coppage & Polzin, 2002). Vaginal doğum, serviks tam dilateyse ve doktor müdahaleli doğumu başarabileceğine inanıyorsa uygun olabilir(Simm & Woods, 2004).

Dişabet gibi sistemik hastalıklar: Pulmoner hipertansiyon ve dişabet gibi normal doğumun annenin var olan sağlık sorununu daha da artıracağı durumlarda, sezaryenle doğum gerekebilir. Annenin sağlık durumuna göre sezaryene karar verilir(Moore & Costa, 2003). Gebelik öncesindeki dişabet sezaryen riskini artıran bir durumdur(Ehrenberg et al., 2004). Fetal distress, fetal makrozomi ve termden önce uygulanan indüksiyonun başarısızlıkla sonuçlanması gibi komplikasyonlardan dolayı dişabetli kadının sezaryen ile doğum yapması daha büyük bir olasılıktır(Gilbert & Harmon, 2002). Saydah et al. (2005) araştırmasında dişabetli gebelerin (%31.7) dişabeti olmayanlara (%20.9) göre daha fazla sezaryen ile doğum yaptıklarını bulmuştur.

Maternal enfeksiyon: Bazı maternal enfeksiyonlarda bebeğe geçişin önlenmesi gebelik süresince ve doğumda yakın takibi gerektirir. Bu enfeksiyonlar içinde en bilineni genital herpes enfeksiyonudur. Neonatal herpes simplex virüsü doğum sırasında enfekte anneden bebeğe geçer. Enfeksiyon insidansı yaklaşık her

3000 ile 20000 doğumda birdir. HSV-2 antikoru gebe kadınların yaklaşık %20'sinde bulunur ve rapor edilen semptomatik enfeksiyon hikayesi sadece %5'dir(Rudnick & Hoekzema, 2002). Aktif genital herpes enfeksiyonu varlığında doğum sırasında fetüse enfeksiyon geçişi olabileceğinden normal doğum kontrendikedir(Moore & Costa, 2003; Gilbert & Harmon, 2002). Siğil tarzında büyüme, kaşıntı, vulvada ağrı ve vaginal akıntı gibi belirtilere sahip olan HPV enfeksiyonu varlığında siğiller çok büyük ise ve distosi ve kanamaya neden olabileceği düşünülüyorsa, doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir(Gilbert & Harmon, 2002). Elektif sezaryen doğumla anneden bebeğe HIV, HPV, Hepatit B gibi enfeksiyon hastalıklarının geçişi azaltılabilir(Minkoff & Chervenak, 2003).

Daha önce geçirilen uterus ile ilgili operasyonlar: Uterin rüptür, peripartum histerektomi, hemoraji, şok, sepsis, yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC=Dissemine Intravascular Coagulation), pulmoner emboli ve renal yetmezlik ve hatta maternal ve fetal mortalite gibi ciddi komplikasyonlara sebep olan yaşamı tehdit edici bir olaydır(Siddiqui & Ranasinghe, 2002; Ofir et al., 2003). Uterin rüptür sıklıkla uterusu skar olduğunda meydana gelir ve 2500 ile 5000 doğumda bir görülür. Ofir et al. (2003) bu oranı 1:2900 olarak bulmuştur. Klasik insizyonla operasyon geçirmiş kadınlarda normal doğum eylemi sırasında skar yerinden uterusu rüptür olma olasılığı fazla olduğu için sezaryen tercih edilmelidir. Alt segment sezaryen skarından spontan uterin rüptür nadirdir ancak bu risk uygulama sayısı ile artar. Önceki doğumun sezaryenle olması, tartışmaya yol açan bir endikasyondur. Bir çok kadın için önceki sezaryen öyküsü tek başına bir sezaryen endikasyonu değildir. Literatüre göre alt segment uterin insizyon ile sezaryen geçirmiş kadınların normal doğum eylemi ve vaginal doğum için cesaretlendirilmesi gerekmektedir. ACOG'a göre eğer kontrendikasyon yoksa, önceden iki veya daha fazla alt transvers uterin insizyon ile sezaryen olmuş kadınlara vaginal doğum denemesi için izin verilebilir. Ancak neonatal ve maternal ciddi komplikasyonlar için çok iyi tedbir alınmalıdır(Ofir et al., 2003; Mckinney et al., 2000).

Doğum kanalı ya da pelvis tümörleri: Tümör ya da kist gibi doğum kanalında daralmaya neden olan ve bebeğin doğum kanalından geçişinin güçleştiği durumlarda normal doğum zorlaşır. Nadir olarak görülen pelvis tümörleri ya da kadın genital organlarında operasyona bağlı skar nedeniyle doğum eyleminin tıkanıdığı durumlarda sezaryen tercih edilmelidir(Hofmeyr, 2004; Moore & Costa, 2003). Ayrıca tümörün rüptürü ve kanama riski ve güç doğum eylemi gibi nedenlerle de sezaryen tercih edilmektedir.

35 yaş üzeri primipar olma: İdeal çocuk doğurma yaşı 20-34 yaşları arası olup, bu yaş aralığı kadının fizyolojisi ve anatomisinin gebeliği tolere edebilmesi açısından en uygun dönemdir(Çoban & Saruhan, 2004; Gilbert & Harmon, 2002). İleri yaş gebeliklerde obstetrik komplikasyonların insidansının yüksek olması ve bebeklerin 35 yaş altı gebeliklere göre doğum eylemini daha az tolere ediyor olmaları, sezaryen oranının yüksek olmasına neden olmaktadır(Jolly et al., 2000; Scholz et al., 1999; Chan & Lao, 1999). İleri anne yaşı doğum sonrası kanama ve uzamış doğum eylemi nedeni ile de sezaryen olasılığını artıran bir durumdur(Çoban & Saruhan, 2004). 35 yaş üzeri gebeliklerde annenin primipar ya da multipar olması

da önemlidir. Chan & Lao (1999) primipar kadınların (%58.8), multipar kadınlara (%20.8) göre daha fazla sezaryen ile doğum yaptıklarını bulmuştur.

Annenin boyunun kısa olması: Annenin boyunun 155 cm'den kısa olması distosi ve CPD sezaryen için risk faktörü olarak görülür. Kısa annelerin gebeliklerinde daha yüksek oranda düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlar, neonatal asfiksi ve düşük apgar skoru olduğu görülmektedir. Annenin boyunun kısa olması sezaryen için bağımsız bir risk faktörüdür(Sheinera et al., 2005).

2.7. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları

Anne ve fetus için potansiyel yararları ile karşılaştırıldığında, anne için çok büyük risklerin olduğu birkaç durum sezaryen için kontrendikasyon oluşturmaktadır. Bu durumlar fetal ölüm, fetusün hayatta kalmak için çok imtattir ya da yaşayamayacak düzeyde bir anormalliğinin olduğu durumlar, annedeki koagülasyon defektleri, abdominal duvarın pyojenik enfeksiyonu ve uygun araç-gereç, personel ve olanağın olmadığı durumlardır (Mckinney et al., 2000; Pernoll, 1994).

2.8. Sezaryen Doğumun Riskleri

Sezaryen doğum en güvenli cerrahi uygulamalardan birisi olarak düşünülmesine karşın hemoraji, ileus, tromboembolik olaylar, enfeksiyon, yenidoğanda respiratuar distres sendromu (RDS) ve anestezi riskleriyle birlikte majör bir abdominal operasyondur. Bir çok araştırmaya göre vaginal doğum yapan annelerle karşılaştırıldığında sezaryen doğum anne için daha büyük riskler taşımaktadır(McFarlin, 2004; Murta & Nomelini, 2004; MacCorkle, 2004; Mckinney et al., 2000, Paterson-Brown et al., 1998). Sezaryenin acil ya da planlı olması komplikasyon görülme oranını etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada planlı ve acil operasyonların komplikasyon oranları arasında (%16.3 ile %24.1) anlamlı bir ilişki olup, kadınların %21.4'ünde (intraoperatif/postoperatif) bir ve daha fazla komplikasyon görülmüştür. Servikal dilatasyon ile acil durum arasında güçlü bir ilişki vardır. Maternal komplikasyonlar için servikal dilatasyonda artma, düşük gestasyonal yaş, genel anestezi ve fetal makrozomi dört bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur. Sezaryen servikal dilatasyon 9-10 cm'de uygulandığında %32.6, 0 cm'de uygulandığında %16.8 oranında riskli bulunmuştur(Häger et al., 2004).

Sezaryene bağlı ağır komplikasyonlar nadir olmakla beraber bunların bazıları önlenemez. Bunlar yanlış cerrahi teknik, anestezi uygulamalarında beceriksizlik ve yanlış seçilmiş anestezi, yetersiz kan replasmanı, yanlış kan transfüzyonu ve enfeksiyonların yanlış tedavi edilmesine bağlıdır(Olds et al., 2000; Pernoll, 1994).

2.8.1. Sezaryen Doğumun Anne İçin Riskleri

Enfeksiyon: Profilaktik olarak antibiyotik uygulanmasına karşın enfeksiyon, sezaryen doğumdan sonra görülen yaygın komplikasyonlardan birisidir. Bagratee et al. (2001)'un araştırmasına göre profilaktik antibiyotik uygulanması hastanede kalma süresini bir gün azaltmasına karşın enfeksiyon oluşumunu azaltmamaktadır.

Sezaryen sonrası enfeksiyonlar renal, üriner, deri, üreme ve pulmoner sistemle ilgili olabilmektedir. Gerçekte sezaryen doğumun kendisi başlıca enfeksiyon nedenidir. Bunun dışında postoperatif enfeksiyonun nedenleri arasında profilaktik antibiyotik uygulanmaması, cerrahi sürenin uzun olması, diyabet, anemi, düşük sosyo-ekonomik durum, genel anestezi, aşırı kan kaybı sayılabilir. Uzamış doğum eylemi, sık vaginal muayene yapılması, uzamış erken membran rüptürü, korioamniotitis, bakteriyel vaginosis, intrauterin kateter kullanılması, gebeliğe bağlı şiddetli hipertansiyon enfeksiyon için anneye ait risk faktörleri olarak değerlendirilir. 1998'de Amerika'da yaklaşık 4 milyon doğumun, %20.2'si sezaryenle meydana gelmiş olup, tüm cerrahi uygulamalarla ilgili olarak morbidite riskinin daima var olduğu bulunmuştur. Morbidite riski kısmen enfeksiyona bağlıdır. Cerrahi insizyon ve uterus enfeksiyonları postsezaryen enfeksiyonların yaklaşık dörtte üçünü oluşturmaktadır(Normand & Damato, 2002). Sezaryende enfeksiyon, vaginal doğuma göre 10 kat daha fazla görülmektedir(Killian et al., 2001). Uterin enfeksiyon riski vaginal doğumdan sonra %1-3 iken sezaryenden sonra %10-50'dir(Normand & Damato, 2002). Sezaryenden sonra rapor edilen kesi yeri enfeksiyonları oldukça değişkendir. Postpartum endometritis yaklaşık %3'ten %85'e, yara enfeksiyonu insidansı %2'den %10'a değişir(Killian et al., 2001). Cerrahi alan enfeksiyonları sıklıkla yetersiz beslenme, maternal ağırlığın normalden az ya da fazla olması, yetersiz prenatal bakım, uzamış doğum eylemi ya da membranların uzamış rüptürü, cerrahinin uzun sürmesi, genel anestezi, vaginal muayenelerin sayısında artma, annenin düşük sosyo ekonomik durumu, anne yaşının küçük olması ve cerrahin deneyimsizliğine bağlı olarak görülür(Killian et al., 2001; Muthukumarappan, 2000). Hastanede kalma süresinin uzaması ve antibiyotik tedavisi uygulanmamasına bağlı olarak, sezaryen sonrası postpartum 4-7. günlerde yara enfeksiyonu oluşumu yaygındır. Yoğun doku nekrozu ve sepsis ile karakterize nekrotizan fasiitis en ciddi komplikasyondur(Normand & Damato, 2002).

Hemoraji: Cerrahi uygulamanın bir komplikasyonu olup her tür cerrahi girişimde dikkate alınması gereken bir durumdur. Sezaryen doğum çeşitli derecelerde kan kaybına neden olmaktadır. Kanama operasyon sırasında primer veya yaygın olarak enfeksiyon ve konsepsiyon ürünlerinin retansiyonu nedeni ile sekonder olarak ortaya çıkmaktadır(Christoforidis et al., 1999). Sezaryenin acil ya da elektif olmasının kan kaybı açısından anlamlı bir etkisi yoktur. Uterin kontraktilitenin zayıf olmasından dolayı grandmultipar kadınlarda hemoraji oranı daha yüksektir(Sule & Nwasor, 2005).

Post-partum hemoraji 1995-1997 arasındaki Fransa'daki tüm anne ölümlerinin %11.4'ünden sorumludur(Nizard et al., 2003). Sezaryenden sonra hemorajiye bağlı histerektomi prevelansı vaginal doğumdan 10 kat, maternal ölüm riski ise 16 kat daha fazladır(Paterson-Brown et al., 1998). Postpartum histerektomi doğrudan önceki sezaryen sayısı ile ilişkilidir. Yaegashi et al. (2000) postpartum histerektomiye yönelik araştırmasında, histerektomi oranını hiç sezaryen olmayan hastalarda %2.1 (388'de 8), bir kez sezaryen olmuş hastalarda %13.8 (65'te 9) ve en az iki ya da daha fazla sezaryen öyküsü olan hastalarda %73.7 (19'da 14) bulmuştur. Hastayı infertil bırakan bu radikal tedavinin alternatifi 19. yy'ın sonunda tanımlanan pelvik arterlerin cerrahi ligasyonu(Nizard et al., 2003). Kanamayı durdurmak

amacıyla internal iliak arterlerin ligasyonu tek başına yetersiz olduğunda, sezaryen histerektomi uygulanması kaçınılmaz olmaktadır(Weerasekera, 2000).

Sezaryende plasentanın doğum şekli kan kaybını etkileyen bir başka durumdur. Ramadani (2004)'nin çalışmasında sezaryende plasentanın spontan doğumu, plasentanın elle çıkarılmasına göre anlamlı şekilde intraoperatif kan kaybının daha az olması ile ilişkili bulunmuştur. Ancak plasentanın spontan ayrılmasında operasyon zamanı daha uzundur. Uterin insizyon tipi de kan kaybını etkileyen faktörlerden biridir. Alt transvers insizyonda alt vertikal ve klasik insizyona göre daha az kan kaybı meydana gelmektedir(Ramadani, 2004).

Üriner Sistem ve Gastro-İntestinal Sistem Yaralanması: Uygulama bölgesinin üriner ve gastrointestinal alana yakın olması nedeniyle abdominal operasyonların tümünde olabilecek bir komplikasyondur. Klasik jinekolojik operasyonlarda mesane ve distal üreterler en sık yaralanan organlardır(Yossepowitch et al., 2004; Armenakas et al., 2004). Nadir olmakla birlikte iatrojenik mesane yaralanmaları herhangi bir pelvik, abdominal ve vaginal uygulama sırasında da meydana gelebilir. Sezaryen section sayısında artma ve alt uterin insizyonun yüksek oranda tercih edilmesi daha yüksek mesane yaralanması insidansına neden olmaktadır. Mesane yaralanmasının uzun dönem komplikasyonları vezikovaginal, vezikouterin, vezikokolonik veya vezikoileal fistüllerdir(Armenakas et al., 2004). Uygulanan sezaryen sayısında artma adhezyonlarda artmaya, bunun sonucunda da ciddi intraoperatif visseral travma, özellikle mesane, barsak ve üreter komplikasyonlarında artmaya neden olur(Buhimschi & Buhimschi, 2006; Makoha et al., 2006). Armenakas et al. (2004) 12 yıl takip edilen 65 hasta ile yaptıkları araştırmada, iatrojenik mesane perforasyonunu, jinekolojik uygulamalarda 40 (%61.5), genel cerrahi uygulamalarında 17 (%26.2) ve ürolojik uygulamalarda 8 (%12.3) olarak bulmuşlardır. Jinekolojik cerrahi tipine göre, abdominal histerektomi 16 (%40), pelvik kitle rezeksiyonu 12 (%30), sezaryen 10 (%25) ve diagnostik laparoskopi 2 (%5) olarak bulunmuştur.

Tromboflebit: Ven duvarında enflomasyonla birlikte tromboz oluşması anlamına gelen tromboflebit, yüzeysel venlerde oluşabileceği gibi derin venlerde de oluşabilir ve derin ven trombozu (DVT) adını alır. Tromboflebit cerrahi girişimin ciddi bir komplikasyonu olup, genellikle operasyondan 7-14 gün sonra ortaya çıkar. Gebelikte progesteronun ven duvarına yaptığı gevşetici etki ve büyüyen uterusun mekanik baskısı sonucu oluşan venöz staz tromboflebite yatkınlığı artırır. Gebe olmayanlarla karşılaştırıldığında derin ven trombozu riski, gebelikte 5-10 kat daha fazladır. Risk birinci ve ikinci trimesterde bir dereceye kadar yüksekken, üçüncü trimesterde ani olarak artar ve doğumda ve doğumdan hemen sonra pik yapar. Sezaryen doğumlarda bu riske ek olarak 2-4 kat daha fazla artma vardır. Norveç'te yapılan bir çalışmada elektif sezaryen uygulanan sağlıklı kadınlarda DVT riskinin düşük olduğu bulunmuştur ancak burada hastanın hemen mobilize edilmesinin ve bir ortopedik cerrahi ile kıyaslandığında sezaryenin minimal doku hasarına neden olmasından dolayı iyileşmenin daha hızlı olmasının etkili olduğu düşünülmüştür(Jacobsen et al., 2004).

Trombofilebitin en büyük tehlikesi ven duvarından kopan pıhtının dolaşıma katılarak (akciğer, kalp ya da beyin damarlarını tıkararak) emboli oluşturmasıdır(Erdil & Elbaş, 2001). Pulmoner trombo embolizm (PTE) batı ülkelerinde obstetride en büyük maternal mortalite ve morbidite sebeplerinden biridir(Chisaka et al., 2004; Enkin et al., 2000). Ölümcül PTE insidansı sezaryende vaginal doğumdan yaklaşık 10 kez daha fazla görülür. Postoperatif venöz tromboembolizmin patogenezinde temelde venöz staz, endotel hasarı ve koagülasyonda artma üçlüsü yer alır. Sezaryenden sonra PTE gelişiminde risk faktörü yaş ve obezitedir. Japonya’da yapılan bir araştırmada sezaryenden sonra PTE (%0.042) gelişimi jinekolojik operasyondan sonra PTE gelişiminden (%0.023) yaklaşık iki kat daha fazla bulunmuştur(Chisaka et al., 2004).

Maternal mortalite ve morbiditede artma: Modern cerrahi teknikler ve bakımın gelişmesiyle sezaryen doğum güvenli bir uygulama olmasına karşın maternal mortalite ve morbidite vaginal doğumdan daha fazladır. Multiple sezaryende bu risk daha da artmakta ve üç sezaryenden sonra artık gebeliğin kendisi kontrendike olmaktadır(Makoha et al., 2004). Sezaryenden sonra meydana gelen morbidite risklerinin çoğu major abdominal cerrahi ile ilişkilidir(anestezi kazaları, kan damarlarının hasarı, uterin insizyonun kazara genişletilmesi, mesane ve diğer organların yaralanması, vb.). Maternal mortalite, annenin gebelik süresince ya da gebeliğin sonlanmasından 42 gün içinde ölmesi olarak tanımlanır. Sezaryende maternal ölüm oranı normal doğumdan iki kat daha yüksektir(MacCorkle, 2004). Yaklaşık olarak sezaryenle olan her 100000 canlı doğumda 5.8 kadın ölmektedir. Ölümün yaklaşık yarısı operasyona ve beraberindeki tıbbi koşullara bağlıdır. Sekonder ölüm sebepleri olarak tanımlanan tıbbi nedenler tüm majör cerrahi uygulamalarda görülebilen ve mortaliteye sebep olabilen anestezi, hemoraji, tromboembolizm ve enfeksiyondur. Yapılan bir araştırmada sağlıklı doğum yapan kadınlar içinde gebelik ve onun yönetiminden dolayı doğumun ilk yılında ölüm görülme olasılığı sezaryenle doğum yapan kadınlarda, normal doğum yapanlara oranla daha fazla bulunmuştur(Lane, 2004). Aynı şekilde İngiltere’de 1994-1998 yılları arasında rapor edilen 2.2 milyon doğumda sezaryene bağlı maternal ölüm riski tüm sezaryenlerde vaginal doğumdan 6 kez, elektif sezaryende 3 kez ve acil sezaryenlerde tüm vaginal doğumlardan 8.8 kez daha fazla bulunmuştur. Bu araştırmada zor endotrakeal entübasyon, özefajial entübasyon, anoksi ve aspirasyon gibi genel anesteziye bağlı anestezi ile ilişkili maternal ölümlerin oranı %96 olarak hesaplanmıştır(McFarlin, 2004).

Sezaryen doğumda kan kaybı vaginal doğumdan daha fazladır. Bu daha fazla kan transfüzyonu yapılmasını gerektirir. Kan transfüzyonu bilinen enfeksiyonlar yönünden incelenmesine rağmen henüz tanımlanamayan enfeksiyonlar için risk taşır. Yapılan bir çalışmaya göre sezaryeni takiben gelişen enfeksiyona bağlı morbidite, vaginal doğumla karşılaştırıldığında 5-20 kat artmıştır. Profilaktik antibiyotik kullanımı ile bu morbidite azaltılabilir fakat yok edilemez(Penna & Arulkumaran, 2003). Dakar’da üniversite eğitim hastanesinde yapılan bir araştırmada, maternal mortalite %1.4’ten %0.8’e gerilemiş olmasına karşın, postoperatif morbidite oranı, enfeksiyondan dolayı %10 olarak saptanmıştır(Cisse et al., 2004).

Plasenta yerleşim anormalliklerinde artma: Önceden sezaryen geçirmiş kişilerde, sonraki gebeliklerde anne ve fetüsün sağlık ve yaşamını tehlikeye sokan plasenta previa, plasentanın morbid yapışıklığı ve ayrılmaya neden olabilen plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasental anomalilerin görülme olasılığı daha yüksektir. Sezaryenden sonraki gebeliklerde plasenta previa olma riski %2,6 kez daha olasıdır ve her gebelikte bu risk daha da artar. Plasenta previası olan ancak daha önce sezaryen geçirmemiş hastalarda plasenta aktreta gelişme olasılığı %4,5 iken, sezaryen geçirmiş ve plasenta previası olan kadınlarda bu risk %24-38 olarak bulunmuştur(Leslie, 2004). Plasenta aktreta için bağımsız risk faktörleri plasenta previa, ileri anne yaşı ve önceki sezaryen doğumlardır. Her sezaryen ameliyatı ile plasental anomali riski biraz daha artmaktadır ve bu tür komplikasyonlar sonraki gebeliklerde histerektomi gerektiren hemorajiye neden olabilirler(Leeman, 2005; McFarlin, 2004; MacCorkle, 2004; Makoha et al., 2004; Harer, 2003; Smith et al., 2003). Makoha et al (2004) çalışmalarında beşinci sezaryenini geçiren plasenta previalı kadınların %50'inde plasenta aktreta olduğunu bulmuştur ve plasenta akreta multiple sezaryenli hastaların %75'i için sezaryen histerektomi endikasyonudur.

Düşük, ektopik gebelik ve infertilite riskinde artma: Sezaryen, düşük ve ektopik gebelik oluşumunda etkili olduğu kadar sekonder infertilite gibi kadının fertilitesi üzerinde de negatif bir etkiye sahiptir(Leslie, 2004; MacCorkle, 2004). İlk sezaryende majör uterin damarların yanlışlıkla bağlanması, sonraki gebelikte uterin kan akımını engelleyebilir ve infertiliteye sebep olabilir. Önceki sezaryen skarında ektopik gebelik gelişimi, ektopik gebeliklerin en nadir çeşitlerinden biridir ve bazen termde doğumla sonuçlanan servikoistmik implantasyondan ayırt edilmelidir. Önceki sezaryen skarında gelişen gebeliğin en büyük riski acil histerektomi gerektiren hemoraji ve uterin rüptürdür(Godin et al., 1997). Önceden sezaryenle doğum yapmış kadınların sonraki gebeliklerindeki açıklanamayan ölü doğum riski iki kattan daha fazladır(Leslie, 2004).

Anestezi komplikasyonları: Sezaryende genel ve bölgesel (epidural, spinal ve kombine spinal-epidural anestezi) olmak üzere iki tip anestezi uygulanmakta olup, gebelik komplikasyonlarının %3'ü anestezi ile ilişkilidir(Önder & Derbent, 2001). Genel anestezi yaygın olarak bölgesel anestezi uygulanması için zaman olmadığı durumlarda kullanılmakta olup, servikal dilatasyonun fazla olduğu durumlarda daha sık kullanılır(Häger et al., 2004). Bunun dışında bazı annelerin operasyon sırasında uykuda olmayı tercih ettikleri durumda da kullanılır. Genel anestezi, pulmoner aspirasyon, yetersiz hava yolu kontrolü ve depresyon gibi ciddi problemlerle ilişkili dezavantajlara sahiptir. Uygun biçimde kontrol edilmezse maternal ve fetal morbidite ve bazen ölümlle sonuçlanabilen komplikasyonlara neden olabilir. Anesteziye bağlı asidik mide içeriğinin aspirasyonu asit pnömonisine (mendelson's sendromu), etkili soluk alıp verememe de ateletaziye neden olabilir(Enkin et al., 2000). Gelişmiş ülkelerde sezaryen için genel anestezi uygulaması riskli anestezi grubundadır(Önder & Derbent, 2001).

Bölgesel anestezi annede koagülasyon hastalığı varsa kontrendikedir. Eğer sezaryen annedeki kanama komplikasyonu ile ilişkili ise bölgesel anesteziye kan basıncı düşmesi tehlikeli olabilir(Enkin et al., 2000).

Paralitik ileus: Anestezi, ameliyat sırasında batın içindeki organların ellenmesi, sıvı-elektrolit dengesizliği ve ameliyat yarasının enfekte olması sonucu gelişebilen barsak hareketlerinin geçici olarak baskılanması olan paralitik ileus tüm abdominal ameliyatlardan sonrasında gelişebilen bir durumdur(Charoenkwan & Palapinyo, 2005; Erdil & Elbaş, 2001). Bu durumu engellemek için ameliyat sonrası barsak seslerinin varlığı, gaz/gaita geçişi ve açlık hissi olana kadar genellikle oral alıma izin verilmez. Ciddi paralitik ileus kusmaya ve bunun sonucunda da aspirasyon pnömonisi ve yara açılmasına neden olabilir(Charoenkwan & Palapinyo, 2005).

Negatif sosyal ve mali etkiler: Sezaryen doğumda hastanede kalma süresi vaginal doğumdan 3 kez daha uzundur. Bunun dışında vaginal yolla doğum yapanlara göre sağlığına daha geç kavuşma ya da enfeksiyon, safra kesesi hastalıkları, cerrahi yara komplikasyonları, kardiyopulmoner sorunlar, tromboembolik sorunlar ve apandisit gibi nedenlerle yeniden hastaneye yatma riskinde artmanın, aile üzerinde negatif sosyal ve mali etkileri vardır. Özellikle 39. hafta öncesinde uygulandığında görülme riski artan ve sezaryenin başlıca komplikasyonu olan yenidoğan geçici takipnesi ve RDS, yenidoğanın bakım ve tedavisi için yoğun bakım ünitesine alınmasına ve anne ve bebeğin ayrılmasına neden olmaktadır. Bu durum annelerin bebeklerini emzirme oranlarının düşmesinin yanı sıra anne-bebek ilişkisinin de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda sezaryenle doğum yapan kadınların bebeklerinin ve kendilerinin bakımını sağlamada zorlandıkları bilinmektedir. Kendisi ve bebeğinin bakımı için arkadaş ya da aile üyelerinin yardımına gereksinim duyma ve başkalarına bağımlı olma sezaryenin bir başka olumsuz yönüdür(MacCorkle, 2004; Penna & Arulkumaran, 2003).

Sezaryen doğum maliyet olarak da vaginal doğumdan daha pahalı bir uygulamadır. Elektif sezaryen doğum ve vaginal doğum seçeneği arasındaki fiyat farklılıklarını değerlendirmek için yapılan bir araştırmada, vaginal doğum fiyatının sezaryen doğum fiyatından yalnız %0.2 daha az olduğu bulunmuştur(Bost, 2003). Ancak burada epidural ve indüksiyon uygulanarak yapılan vaginal doğumlar da dikkate alınmıştır. Aslında doğumların çoğunun normalde müdahaleye gerek kalmadan yapılabileceği dikkate alınırsa, sezaryen doğumun daha pahalı bir uygulama olduğu saptanabilir.

Hasta memnuniyetinde azalma: Normal olarak doğum, fizyolojik, emosyonel ve gebelikteki yaşam stili değişiklikleri ve lohusalık dönemi, bitkinliği içeren duygudurum değişiklikleri ve beden imajı değişiklikleriyle ilişkili stresleri içerir. Sezaryen doğum cerrahinin stresini içeren ek streslere de neden olur(Callister, 1997). Sezaryenle doğum yapan kadınlar, depresyon, anksiyete, suçluluk, kontrol kaybı ve benlik kavramı kaybı ile ilişkili olarak vaginal yolla doğum yapan kadınlara göre daha az memnuniyet ifade etmektedir(MacCorkle, 2004; Callister, 1997; Marut & Mercer, 1979). Bir çok araştırma sezaryenle doğum yapan annelerin doğumlarını anormal sosyal damgalanma olarak görme eğiliminde olduklarına işaret etmektedir. Sezaryene bağlı ağrı yoğunluğu ve fiziksel stres annenin doğum ve doğum eylemi algısı üzerine negatif bir etkiye sahiptir(Fawcett & Burritt, 1985; Marut & Mercer, 1979). Brezilya'da yapılan bir araştırmada, en az bir kez vaginal doğum yapan

kadınların çoğunun, bunun en iyi doğum şekli olduğunu düşündüğünü ortaya koymaktadır. Hem vaginal hem de sezaryenle doğum yapan kadınlar, vaginal doğumun en iyi yol olduğunu düşünmektedirler. Vaginal doğumun sezaryenden daha iyi olduğunu düşünen kadınlar, başlıca dezavantajın doğum ağrısı olabileceğini ifade etmektedirler(Osis et al., 2001). Türkiye’de de Tatar ve arkadaşlarının (2000) kadınların sezaryen doğumu algılaması ile ilgili çalışmalarındaki en önemli bulgu sezaryenle doğum yapan kadınların hoşnutsuzluğu yönündedir.

Emzirme ve bağlanmayı engelleme: Doğumdan sonraki ilk birkaç saat sağlıklı anne yenidoğan etkileşiminin kurulması için kritik bir dönemdir(Buhimschi & Buhimschi, 2006). Sezaryen geçiren bir kadın vaginal doğuran bir kadınla karşılaştırıldığında doğumdan sonra hemen bebeğini tutması ve görmesi daha zordur. Bu nedenle bebeği ile erken bağlantı kurması zorlaşır(www.maternitywise.org). Bazı anneler ve uzmanlar başarılı bir sezaryenin bile (iyileşme döneminde anne ve bebeğin saatlerce ayrı kalabilmeleri nedeniyle) emzirme ve bağlanmayı engelleyebileceğinden endişe etmektedirler. Sezaryenle doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığında vaginal doğumda anne bebek etkileşimi daha kolay kurulur ve emzirmeye daha erken başlanır(Buhimschi & Buhimschi, 2006; Kwee et al., 2004). Yeni araştırmalar bağlanmanın uzun dönemli bir süreç olduğunu ve doğum metodunun onu etkilemediğini göstermiştir(Sachs, 2004). Ancak Avustralya’da yapılan bir çalışmada ise normal doğan bebeklerin sadece aldıkları süt miktarı değil aynı zamanda doğum kilolarına ulaşmalarının da daha çabuk olduğu bulunmuştur. Ancak araştırmacılar, sezaryen le doğum yapan annelerin normal doğum yapan annelerden psikolojik ve fizyolojik olarak farklı olabileceğinin tartışılabilirliğini söylerler(Richardson, 2003).

2.8.2. Sezaryen Doğumun Yenidoğan İçin Riskleri

Preterm doğum: Gestasyonel yaşın değerlendirilmesinde hata yapılmasına bağlı preterm doğum gerçekleşebilir. Prematürite, fetal sağlık üzerine uzun dönem etkilere sahiptir. Hatta orta düzeyde prematüritelik ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir(MacCorkle, 2004; Leslie, 2004).

Solunum problemleri: Akciğer sıvısının emilmesinde gecikmeye bağlı görülen yenidoğanın geçici takipnesi, respiratuar distres sendromu (39. haftadan önce uygulanan sezaryenlerde risk daha da yükselir) ve pulmoner hipertansiyon (sezaryenle doğanlarda vaginal yolla doğanlara göre beş kat daha fazladır.) sezaryenle doğan yenidoğanlarda görülen problemlerdendir(Sachs, 2004; Mckinney et al., 2000). Maternal hemoraji, perinatal asfiksi ve prematürite gibi plasenta previa ile ilişkili faktörler, RDS’nin nedeni olarak gösterilir(Lin et al., 2001). Sezaryenle doğan yenidoğanlarda solunum problemleri görülme riski vaginal yolla doğanlara göre 5 kat daha fazladır(Leslie, 2004). Elektif sezaryenle doğan bebekler vaginal yolla doğanlarla karşılaştırıldığında doğum sonrası solunum problemi gelişimi ve solunum resusitasyonu riskinde artma olduğu açıktır(McFarlin, 2004; Zanardo et al., 2004). Vaginal doğumda fetal göğse olan fiziksel baskının yararlı etkisinin, yenidoğan solunum problemleri prevalansının düşmesinde bir faktör olduğu düşünülmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada 35 haftadan daha büyük ve

vaginal yolla ve sezaryen ile doğan bebekler retrospektif olarak incelenmiş, yenidoğanda inatçı pulmoner hipertansiyon, geçici takipne ve RDS sezaryenle doğum yapanlarda, vaginal doğum yapanlara göre daha sık bulunmuştur. Elektif sezaryen doğum yapan hastalarda prostoglandinlerin düşük düzeylerinin yenidoğan pulmoner hipertansiyonu insidansında artma ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Doğumda yenidoğan ve fetüsün akciğerlerindeki sıvı miktarlarının kontrolünü içeren fizyolojik süreçler karışıktır. Hayvan çalışmalarında fetal akciğerdeki sıvı miktarı kontrolünde doğumla ilişkili sonuçlar elde edilmiştir. Doğum eyleminin başlangıcında fetal dolaşıma epinefrin bırakılması uyarılır, pulmoner cAMP ve sodyum Emilimi artar böylece akciğerlerdeki sıvı miktarı düşer. Doğum eylemi, ekstrauterin yaşama neonatal solunumun adaptasyonunu sağlamada önemli bir role sahiptir(McFarlin, 2004). Anesteziye bağlı maternal hipotansiyon, geçici yenidoğan solunum asidozuna neden olabilir(Minkoff & Chervenak, 2003).

Laserasyon ve travmalara bağlı yaralanma: Yenidoğan yaralanması doğum vaginal ya da abdominal her iki durumda da olabilecek bir tehlikedir. Operasyon sırasında meydana gelen yenidoğanın iatrojenik travması sezaryenin yan etkisidir(Buhimschi & Buhimschi, 2006). Sezaryen doğumlarda cerrah tarafından bistüri ile kesilme sonucu oluşan fetal kesi yaralanmaları %1-9 oranında görülen olası komplikasyonlardan olup, özellikle verteks dışı prezentasyonlarda ve sezaryenin acil uygulandığı durumlarda görülür(Buhimschi & Buhimschi, 2006; Wagner, 2000). Araştırmacılar bu risklerin rapor edilmediğine inanmaktadır(MacCorkle, 2004). Ülkemizde Aslan ve ark. (2003)'ün kendi kliniklerinde yaptıkları araştırmada fetal kesi yaralanması %0.4 olarak bulunmuştur. Sezaryendeki fetal yaralanma nadir değildir. Laserasyon gibi belgeleri gösteren obstetrik kayıtların azlığı kadın doğum uzmanları tarafından bu komplikasyonların fark edilmediğini gösterir(Buhimschi & Buhimschi, 2006).

2.9. Sezaryen Doğumun Yararları

Doğum kanalı içinde takılma, baş yaralanmalarının temel nedenidir. Makat prezentasyon gibi durumlarda ortaya çıkan bu durum forseps kullanılmasını gerektirebilir ve nadiren baş yaralanmasına neden olabilir. İntrakranial yaralanma riski doğumun ilerlemediği durumlarda vakum ya da forseps yardımı ile olan doğumlarda en yüksektir(Minkoff & Chervenak, 2003). Travay denemesi yapılmadan sezaryen doğum yapmış annelerde intrakranial kanama sıklığı 2750 bebekte bir iken, travay sırasında sezaryen doğum yaptırılanlarda 907 bebekte bir ve başarısız vaginal doğum girişiminden (forseps veya vakumla) sonra 334 bebekte bir görülür. Sezaryen fetal kırık ve sinir yaralanması gibi ciddi komplikasyonların oluşumunu engellemesi açısından yararlı olup, bu tür komplikasyonları %50'den daha fazla oranda azaltabilir(Sachs, 2004; Minkoff & Chervenak, 2003; Harer, 2003).

Pelvik taban, abdominal ve pelvik organları destekler, idrar ve dışkıyı kontrolünü sağlar, cinsel ilişkiye ve doğuma izin verir ve seksüel yanıtta rol oynar. Pelvik taban kaslarının gücü doğumdan sonra azalır ve vaginal doğum bir çok yazar tarafından pelvik taban hasarının önemli bir nedeni olarak kabul edilir(Baytur ve

diğ., 2005; Richman & Harer, 2003; Penna & Arulkumaran, 2003). Sezaryenin bir çok kadın için uzun dönemde en önemli yararının, uterus, mesane ve diğer abdominal organları destekleyen pelvik taban kaslarının korunması olduğu savunulmaktadır. Spontan vaginal doğumla karşılaştırıldığında, sezaryen doğumun uzun dönemde pelvik taban hastalıklarını azaltmada tam olarak koruyucu olup olmadığı açık değildir. Bazıları sezaryenin doğumun başlangıcından önce uygulanması durumunda yararın maksimum olduğunu belirtir(Minkoff & Chervenak, 2003). Bebeğin başı doğum kanalından geçerken sinirler ve kaslar zarar görebilir. Doktor forseps kullanmak zorunda kalırsa zarar görme riski daha da artar. Bu durum koşma, gülme, ağlama sırasında meydana gelen kontrol edilemeyen idrar çıkışına neden olabilir. Üriner ve fekal inkontinans, pelvis organlarının prolapsusu ve cinsel disfonksiyon insidansı vaginal doğum sonrası daha yüksektir(Sachs, 2004; Harer, 2003). Vaginal doğumdan sonra üriner inkontinans insidansı, spontan vaginal doğumlarda %22'den, forseps yardımlı doğumlardan sonra %33'e yükselir(McFarlin, 2004; Hannah, 2004). Sadece sezaryen doğum yapanlar ile nullipar kadınlar üriner inkontinans açısından karşılaştırıldığında bir ya da daha fazla gebeliği olan kadınlarda nulliparlara göre beş kez daha fazla ve sadece sezaryenle doğum yapanlarda nulliparlara göre 3.5 kez daha fazla bulunmuştur(Faundes et al., 2001). Handa ve arkadaşlarının (Handa et al., 2004) çalışmasında vaginal yolla doğum yapan kadınlar sezaryenle doğum yapan kadınlardan daha fazla stres inkontinans rapor etmişlerdir ve bu durumun tedavisi için yıllık harcama yaklaşık 12.4 milyon dolardır. İsrail'de yapılan başka bir çalışmada normal vaginal doğum, ilerlemeyen vaginal doğum nedeniyle sezaryen doğum ve elektif sezaryen doğum yapmış kadınlar karşılaştırılmış, vaginal doğum yapanlar (%12) ile ilerlemeyen travay nedeniyle sezaryen olmuş kadınlarda (%14) stres inkontinans açısından anlamlı fark bulunmamış ancak elektif sezaryende (%4) stres inkontinansın daha az görüldüğü saptanmıştır(Hitt, 2003). Üro-jinekolog olan Dr. Groutz pelvik taban hasarını önlemede, daha fazla mortalite ve morbiditeye neden olabilen elektif sezaryenin endikasyon olarak kabul edilmesinin tartışılabilir bir durum olduğunu söylemektedir. Ayrıca Dr. Groutz stres inkontinansın etyolojisinde heredite, bağ dokusu anormallikleri, obezite ve doğum sayısı gibi çeşitli faktörlerin de etkili olabileceğinin dikkate alınması gerektiğini de ifade etmektedir(Hitt, 2003). Çalışmalar sezaryen doğumun sonraki yaşamda inkontinans riskini azaltıyor olmasına karşın, sezaryen tercihinde sezaryenin, uzun dönemli riskleri, yararları ve maliyetinin de göz önüne alınması gerektiğini dikkat çekmektedir.

Fekal inkontinans, üriner inkontinans kadar yaygın olmamakla birlikte doğum yapan kadınların %4'ünü etkileyen, prevelansı 15-64 yaş arasında her 1000 kadında 1.7'den 65 yaş ve üzerinde her 1000 kadında 13.3'e yükselen ciddi bir problemdir(Hannah, 2004; O'Boyle et al., 2002). Fekal inkontinansın bir çok nedeni olabilir ancak doğum sırasındaki anal sfinkter hasarı en önemli nedenlerden biri olarak görülmektedir. Anal sfinkter yaralanmasının mekanizması nörolojik ya da yapısal veya her ikisinin kombinasyonu sonucu olabilir. Pudental nöropati, gerilme sonucu veya fetal başın doğum kanalından inerken güçlü baskısı veya anal sfinkter kaslarının kendilerinin direkt mekanik ayrılması sonucu olabilir. Nörolojik hasarın iyileşmesi zamanla olur fakat sfinkter ayrılmasında müdahalesiz iyileşme olmaz(O'Boyle et al., 2002). Anal inkontinans semptomlarının gelişiminde sfinkter yaralanması önemli bir etken olup, operatif vaginal doğum, epizyotomi ve özellikle

median üçüncü ve dördüncü dereceden yırtıklar anal sfinkter yaralanmaları için primer risk faktörleridir. Anal sfinkter yaralanmasında etkili olan diğer risk faktörleri makrozomi, doğumun ikinci evresinin uzaması, heredite, anne yaşının yüksek olması (30 yaşında doğuran kadın 20 yaşındaki kadına göre üç kat daha fazla risk taşıyor) olarak tanımlanır(Goldberg et al., 2003; O'Boyle et al., 2002; Sand, 2002). Literatür, vaginal doğumu fekal inkontinansta anlamlı bir risk faktörü olarak göstermekte ve tüm hastalarda forseps ve epizyotomiden kaçınmanın bu komplikasyonların önlenmesine yardım edeceğine işaret etmektedir. Bu durumdan kaçınmada elektif sezaryen bir alternatiftir(Leeman, 2005; Hannah, 2004; Sand, 2002). Ancak sezaryen doğum servikal dilatasyon 8 cm'den fazla iken uygulandığında anal sfinkterin nörolojik yaralanmasını önlemede tam olarak etkili olmayabilir(O'Boyle et al., 2002; Sand, 2002).

Vaginal doğum ve kısmen de operatif doğumun pelvik organ desteğini ve kadınların seksüel fonksiyonlarını negatif olarak etkilediğine inanılmaktadır. Postpartum seksüel fonksiyonun azalması ile ilgili diğer faktörler emzirme, vaginal doğum, operatif vaginal doğum, perineal travma, vaginal yırtıklar ve epizyotomidir(Baytur ve diğ., 2005). Connolly et al. (2005) çalışmasında kadınların çoğunun dispareni ve anorgazmi sorunlarının ilk 6-12 haftada kaybolduğunu ve cinsel fonksiyonun gebelik öncesi döneme geri döndüğü bulundu. Benzer şekilde Baytur ve ark. (2005) çalışmasında doğum şeklinin seksüel fonksiyonu etkilemediği bulunmuştur.

Sezaryen makat doğumla ilişkili perinatal mortalite ve morbidite riskini azaltır(Smith et al., 2003). Doğum eylemi sürecinin ilerlememesi nedeniyle vakum ya da forseps kullanılan doğumlarda intrapartum intrakranial yaralanma riski en yüksektir. Fraktür ve sinir yaralanması gibi doğum yaralanmaları sezaryenle doğan yeni doğanlar içinde %50'den daha fazla azaltılabilir(Minkoff & Chervenak, 2003).

2.10. Sezaryen Doğuma Hazırlık

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem normal fizyolojik süreçler olmasına karşın, sağlık hizmeti gereksinimlerinin arttığı dönemlerdir. Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün bir sağlık personeli tarafından bütün gebelik boyunca gerekli muayeneler ve öneriler yapılarak düzenli aralıklarla kontrol edilmesidir. Doğum öncesi bakımın eksikliği ana ölümlerinin en temel nedenlerindedir. En az bir kez doğum öncesi bakım alma oranı Afrika'da %63, Asya'da %65, Latin Amerika'da %73, Nepal'de %15'dir(Özbaşaran & Yanikkerem, 2004).

Ülkemizde doğum öncesi bakım alma durumu yaşa, eğitime ve yaşanılan yere göre farklılık göstermektedir. Genç, az sayıda çocuk sahibi olan, kentsel alanlarda yaşayan kadınlar ile Doğu bölgesi dışındaki bölgelerde yaşayan kadınlar ve en az ilköğretim düzeyinde eğitimi olan kadınların doğum öncesi bakım alma oranları diğer kadınlardan daha fazladır(www.hips.hacettepe.edu.tr). TNSA 2003 verilerine göre araştırmaya katılan annelerin %81'i araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır. Annelerin dörtte üçü bu bakımı doktordan aldığını belirtmiştir.

Diğer taraftan, annelerin yaklaşık beşte biri doğum öncesi herhangi bir bakım almamıştır. TNSA 1998 verileri ile karşılaştırıldığında doğum öncesi herhangi bir bakım almayan annelerin oranı %32'den %23'e düşmüştür.

Doğum öncesi bakım gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı, düzenli aralıklarla annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde doğuma kadar sürdürülmelidir. Gebeliğin erken belirlenmesinin avantajı, kadının temel sağlık durumunun değerlendirilmesini ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesini sağlamasıdır. Düzenli ziyaretler, gebelik süresince annenin ve çocuğun uygun bir şekilde takip edilmesini sağlamaktadır(Özbaşaran & Yanıkkerem, 2004; www.hips.hacettepe.edu.tr).

Doğum öncesi yapılan izlemler sonucunda anne ve bebeğin durumu göz önünde bulundurularak doğum sezaryen ya da vaginal yolla gerçekleştirilir. Sezaryen doğum planlı ya da acil olabilir. Planlı sezaryen gebe için ilk ya da tekrarlayan bir deneyim olabilir. Kadın önceden sezaryen geçirmiş ise önceki sezaryeni planlı ya da acil olabilir. Bu nedenle sezaryen ile doğum yapacak kişiye yaklaşım kişinin durumuna göre farklılık göstermelidir. Hasta eğitimi önemli olmasına karşın acil durumlarda atlanabilir ya da kısaltılabilir. Her beş doğumdan birinin sezaryen ile gerçekleştiği göz önüne alınırsa, kadın ve ailesinin her iki doğum şekline hazırlanması, prenatal eğitimin önemli bir parçası olup, sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Sunulan bilginin içeriği ve sunulması, prenatal eğitimin etkinliğini belirler. Fawcett & Burritt (1985) sezaryen doğum için antenatal hazırlığın değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Katılımcılar için birer broşür hazırlanmış ve araştırmaya katılan kadınların tamamı broşürün bilgilendirici ve rahatlatıcı olduğunu söylemişlerdir. Tipik yorum broşürün aşırı aydınlatıcı olduğu fakat korkutucu olmadığıdır. Katılımcılar broşürden dolayı her aşamada ne olacağını tam olarak bildiklerini ifade etmişlerdir. Bazıları da çok bilgi verildiğini ve anksiyetelerinin arttığını belirtmişlerdir.

Çoğu kadın normal doğumu bekler ve bu nedenle sezaryen hakkında konuşulduğunda ona uzak bir uygulama gibi düşünür. Bu durum, bazı doğum eğitimcileri tarafından, doğuma hazırlık sınıflarında rutin olarak verilen içeriğin, sezaryen doğum olasılığına karşı çiftleri hazırlamadığı şeklinde yorumlanır. İnkâr, 'bize olmayacak' şeklindeki düşünce bunda sorumlu olabilir(Fawcett & Burritt, 1985). Bu nedenle eğitim planlanırken gebe ve aile göz önüne alınarak içerik oluşturulmalı ve gebe hem sezaryen hem de normal doğum olasılığına karşı hazırlanmalıdır. Hemşireler tüm gebeleri ve ailelerini, doktorlarıyla birlikte doğum şeklinin ve sonucunun ne olacağını tartışmaları için cesaretlendirmelidir.

Sezaryen doğuma hazırlıkta özetle, sezaryen doğum kadın ve eşi ile tartışılmalı (zaman kısa ise en azından ne olacağı özetlenmeli), kadının istekleri dikkatle dinlenmeli (doktor bu işlem yapılmazsa bebeğin öleceğini düşünse bile hiçbir operatif doğum kadının rızası olmaksızın uygulanamaz), elektif uygulamalar için yazılı onay alınmalı, problem bekleniyorsa bir pediatrist doğumhanede hazır bulunmalıdır(Chamberlain & Ster, 1999).

Sezaryene Hazırlıkta Hemşirenin Rolü: 1977'de ABD'de Ulusal Hemşireler Birliği, hasta hakları konusunda hemşirenin rolünü belirlemiştir. Hemşirenin bu konudaki rolünün başında da; hastaya saygı, yeterli bakım alma güvencesi, hastalığını anlaması ve bakımıyla ilgili kararlar verebilmesi için hastaya gerekli bilginin verilmesi gelmektedir(Kayahan & Ovayolu, 2004). Kadın sağlığı, doğum ve yenidoğan hemşireleri birliği (The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses = AWHONN), sağlık bakımı organizasyonlarının akreditasyonu ortak komisyonu (the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations = JCAHO) ve ACOG sağlık bakımı kararında hasta katılımını savunur. Obstetrik uygulama ve yaklaşımın uygunluğu ile ilişkili karar verme süreci çoğunlukla kadın, doğum ve doğum eylemi için kliniğe alınmadan önce veya riskler, yararlar ve alternatif yaklaşımlar için çok az bir zamanın olduğu acil klinik durumlarda meydana gelir. Bunun yanı sıra gebelerin servise ameliyat günü ya da ameliyattan çıktıktan sonra kabul edilmeleri, ameliyat öncesi hazırlıkların evde kendileri tarafından yapılması (Karadağ, 1999) gebenin sezaryen kararında ya da operasyona hazırlanmasında hemşirenin sorumluluklarını yerine getirmesini neredeyse olanaksız hale getirmektedir. Bu nedenle, kadınlar planlı sezaryenler için doğumhaneye geldiklerinde hemşire, onların sezaryenin potansiyel risklerinin ve ne istediklerinin tam olarak farkında olmadıklarını anladığı zaman bu konularda bilgi verip vermeyeceği konusunda ikilem yaşamaktadır(Simpson & Thorman, 2005).

Modern cerrahi teknikler, asepsi, antibiyotik tedavisi, kan transfüzyonu ve anesteziadaki gelişmeler sezaryenle ilgili riskleri azaltmış ancak ortadan kaldırmamıştır(Lowdermilk et al., 2004). Sezaryen periopertif ve uzun dönem morbidite için herhangi bir majör abdominal cerrahinin risklerini taşır ve psiko sosyal sağlığı olduğu kadar gelecek obstetrik ve jinekolojik sağlığı da etkiler(Goldberg et al., 2003). Vaginal doğum yapan annelerle karşılaştırıldığında, anne ve fetus için büyük riskler taşıyan sezaryenin, endikasyon dışı uygulanmasında yarar/zarar dengesinin iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Sezaryenin, hastanede yatma uzunluğunda artmanın yanında maternal mortalite/morbiditede ve vaginal doğumla karşılaştırıldığında sağlık bakımı maliyetinde artma ile de ilişkili olduğu unutulmamalıdır(Simpson & Thorman, 2005). Bu nedenle her bir doğum şeklinin avantaj ve dezavantajları gebeye anlatılmalıdır. Sağlık çalışanları kadınları, gebelikte prenatal ziyaretlere erken başlamaları ve post operatif infeksiyonu da içeren perinatal komplikasyonları önlemek için gebeliğin başından sonuna programlı ziyaretleri sürdürmeleri için cesaretlendirmelidir(Killian et al., 2001). Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunulan alanlarda çalışan sağlık profesyonelleri, gebe ile sürekli iletişim halinde olmaları ve gebenin takibi ve doğuma hazırlanmasında önemli rol oynamalarından dolayı, annenin doğum şekliyle ilgili kararında etkili olabilirler. Doğum şekli, annenin doğum deneyiminde (vaginal doğum korkusu veya öncesinde negatif deneyimi olan) etkili olan önemli bir faktördür. Ebelerin psikolojik bakım ve desteği annenin korkuları, beklentileri ve ifade ettikleri olumlu/olumsuz duygular üzerinde etkili olup, özellikle doğum ve doğum eylemi sürecindeki negatif deneyimleri azaltmada etkilidir(Keogh et al., 2005). Hemşire/ebeler endikasyon dışı sezaryenin önlenmesinde önemli rol oynayabilirler. Cohen (2005) çalışmasında doktordan prenatal bakım alan kadınlardaki sezaryen oranını, hemşireden prenatal bakım alanlardan daha yüksek bulmuştur. Başka bir çalışmada intrapartum bakımı sağlayan üç grup sağlık personelinin (aile hekimi, obstetrisyen ve ebe) benzerlik ve

farklılıklarına dikkat çekilmiştir. Ebeler ve obstetrisyenlerin intrapartum bakımın anahtar konuları üzerinde anlamlı şekilde görüş ayrılıkları olduğu, obstetrisyenlerin sezaryen ve indüksiyonu içeren yaklaşımlara ve teknolojiye daha fazla, ebelerin ise en düşük oranda bağlı oldukları bulunmuştur(Reime et al., 2004).

Çoğu kadın doğuma geldiğinde vaginal doğumu bekler. Ancak müdahaleli veya sezaryen doğum da her zaman olasılıklar içindedir. Bu nedenle kadınların doğumlarının herhangi bir yöntemle olabileceğine hazırlanmaları gerekir. Eğer doğum öncesi sezaryen olasılığına karşı hazırlanmışsa, acil sezaryen durumunda kadın kendinde daha az korku hissedecektir. Aynı zamanda perioperatif eğitim, hemşireler tarafından bakımın önemli bir parçası olarak tanımlanır. Yapılan çalışmalarda hasta eğitimi ile pozitif sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yeterli perioperatif eğitimin anksiyetede azalma sağladığı, hastanın kendi bakımına katılımı ve bebeğinin doğumundaki kontrol hissini artırdığı, iyileşme ve taburculuğu hızlandırdığı, postoperatif komplikasyon gelişimini minimuma indirdiği ve maliyeti azalttığı gösterilmiştir(Kutlu & Çetinkaya, 2004; Oetker-Black et al., 2003; Lee & Chien, 2002; Güler & Taşkın, 2001; Erdil & Elbaş, 2001; Doyle, 2000). Yapılan başka bir çalışma, uzman jinekoloji hemşiresi desteğinin, majör abdominal ya da pelvik cerrahi geçiren kadınların hastaneden daha erken taburcu edilmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Hastanede kalma süresinin ve maliyetin düşmesinin yanı sıra hasta memnuniyetinde de artma sağlanmıştır. Ekonomik olarak değerlendirildiğinde elde edilen kazançla uzman hemşirenin masrafı dengeli bulunmuştur(Dawes et al., 2006). Bu nedenle sezaryen ameliyatı olacak kadınların ameliyat öncesi ve sonrası gereksinimlerinin karşılanmasında, hasta memnuniyetinin artırılması ve maliyetin azaltılmasında hemşirenin rolü gözardı edilemez. Hemşire/ebeler sezaryen ameliyatı öncesinde gebe ve ailesine sezaryen ameliyatı hakkında bilgi vermeli, gebenin korku ve endişelerini hafifletmelidirler. Doğuma hazırlığa ilişkin bilgilendirme ideal olarak, gerektiğinde soru sorma fırsatının ve eş ve aile üyeleriyle görüşme olanağının olduğu zaman olan, prenatal periyotta yapılmalıdır(Erdoğan ve diğ., 1991). Hasta eğitimin etkili olabilmesi için hemşire, öğrenmenin “bireyin gereksinimlerine cevap verdiğinde daha etkin olabileceği” ilkesinden yola çıkarak, öncelikle hastanın almak istediği, merak ettiği bilgileri vermeli(Karadağ, 1999), hastanın gelişimsel özellikleri, geçmiş deneyimleri, çevre koşulları ve kültürel yapısını göz önüne alan öğretim yöntemleri kullanılmalıdır. Eğitimin planlanması ve uygulanması aşamasında hastanın/gebe ve ailesinin aktif katılımını sağlamak hastada güven duygusu gelişimine yardım ederek kendisi ile ilgili daha fazla bilgi alma isteğini arttıracak, iyileşmesinde olumlu rol alma fırsatı sağlayacak ve eğitimin başarısını etkileyecektir(Aksoy & Yazıcı-Sayın, 2004). Kadının önceden sezaryenle doğum yapmış olması, onun bu konuda yeterli bilgiye sahip olduğu anlamına gelmez. Bu nedenle önceden sezaryen doğum deneyimlemiş olanların uygulanmanın ne olduğunu ve nasıl olduğunu bildiğini farz etmek yanlış olur. Önceki sezaryen doğumu uzun bir doğum eyleminden sonra yapılmışsa veya acilse o sadece bir kısmını anımsayabilir(McKinney et al., 2000). Aynı zamanda bireylerin önceki deneyimleri, sezaryene yaklaşımlarını etkileyebilir. Bu nedenle sezaryen olsun olmasın, sezaryen olacak tüm gebelerin sezaryen doğuma önceden hazırlanması gereklidir. Anneler birinci derecede sağlık hizmeti aldıkları ebe/hemşire/doktor tarafından potansiyel riskler, yararlar ve alternatif yaklaşımlar için eksiksiz ve tam olarak bilgilendirilmeli ve (klinik durumları ve ulaşılabilir kanıtlar temel alınarak)

kendileri için en iyi olan uygulamayı seçme hakkına sahip olmalıdır(Simpson & Thorman, 2005).

Sezaryende operasyon öncesi hazırlık: Cerrahi hastaları için bilgi ve hastaya öğretme, hastalık ve tedavi ile ilişkili korku ve endişenin azaltılmasında etkili bir faktör olup, gebenin bakımında daha fazla kontrolü eline almasını ve taburculuğu takiben potansiyel risklerin farkında olmasını sağlar(Suhonen & Leino-Kilpi, 2005; Lee & Chien, 2002). Hastanın tanı, tedavi, postoperatif yönetim ve bakımı sistematik şekilde açıklanmadığında genel perioperatif bilgi yetersiz olacaktır. Bununla birlikte hemşireler basit bir dille tüm bunlar hakkında hasta ve ailesine spesifik ve yeterli bilgi vermede önemli bir role sahiptirler(Lee & Chien, 2002). Cerrahi uygulama her hasta için benzer olmasına karşın her bireyin farklı gereksinimlerinin olduğu gözardı edilmemelidir(Suhonen & Leino-Kilpi, 2005). Örneğin, daha önce sezaryen doğum yapmış bir kadın ağrı beklentisi içinde olup, bu sezaryende öncekinden daha az ağrılı olacağını güvencesinin verilmesine gereksinim duyabilir. Kadının bu konuda bilgilendirilmesi ağrıyı içeren stres uyaranları ile daha etkili başa çıkmasına olanak sağlamaktadır(Olds et al., 1992). Sezaryen planlı ise hemşire preoperatif öğretme için yeterli zamana sahiptir.

Preoperatif öğretme, anksiyeteyi azaltma, postoperatif komplikasyonları önleme ve psikolojik iyi oluşu artırmaya ilişkin cerrahi uygulamaya kadının adaptasyonunu artıracak bilgi üzerine odaklanır. Gebe eğitim sınıfları bu bilgilerin uygulamalı olarak öğretimi için uygun ortamlardır. Gebe eğitim sınıflarında sağlanan profesyonel destek ve doğum eğitimi, gebelik ve doğumla ilişkili korkuyu hafifletme ya da gidermede oldukça önemlidir(Melender, 2002). İçerik, kadının perioperatif periyotta ne yaşayacağı, anksiyeteyi azaltmaya yardım edebilecek aktivitelerin neler olduğu ve cerrahi sırasında meydana gelebilecek olaylar hakkında bilgiyi kapsamalıdır(Phipps et al., 1999). Buna göre sezaryen doğuma hazırlıkta hastanın gereksinimlerine göre bireysel olarak verilen ameliyat öncesi eğitim beş grupta özetlenebilir(Karadağ, 1999).

Psikososyal destek; hastanın perioperatif rutinleri bilmemesine ve sezaryene ilişkin bilinmeyen korkusuna bağlı anksiyetesinin azaltılmasını, sorularının yanıtlanmasını, yeniden güveninin kazanılmasını sağlayan girişimler bu grupta toplanmaktadır. Gebeye, ne yapılacağı, niçin yapılacağı ve hangi hisleri deneyimleyeceği söylenmeli, böylece uygulamaya onay vermesi ve bilgilenmesi sağlanmalıdır. Araştırmalar ameliyat öncesi yaşanan yüksek anksiyetenin ameliyat sonrası ağrıyı artırdığını, bu nedenle ameliyat öncesi verilen bilginin anksiyeteyi hafifletebileceğini, buna bağlı olarak hastanın daha az ağrı yaşayacağını ve daha az analjezik gereksinimi olacağını göstermektedir. Ayrıca ameliyat sonrası ağrısı azalan hastaların daha çabuk mobilize olduğu, buna bağlı olarak daha hızlı iyileştikleri de vurgulanmaktadır(Karadağ, 1999). Aynı zamanda yüksek ya da panik düzeyde anksiyetesi olan gebelerde hemşire, anksiyetenin nedenini araştırarak, kontrol edilebilir düzeye getirilmesinde yardım edebilir. Bunun yanı sıra gebenin hazırlanması sadece bilgilendirmeden ibaret değildir. Terapötik dokunma ve göz kontağı kurulması anksiyeteyi azaltmada ve kontrolü sağlamada etkili yaklaşımlardır(Phipps et al., 1999; Olds et al., 1992). Özellikle plansız olarak

uygulanan sezaryen, akut stres kaynağı olarak bazı kadınların doğumdan sonraki aylarda/yıllarda olumsuz duygular yaşamasına neden olabilir. Zor bir sezaryen deneyimi kadının eşi veya bebeği ile ilişkisi üzerinde potansiyel olumsuz etkilere sahiptir. Sezaryen destek grupları emosyonel stresin önlenmesinde önemli rol oynar(Lipson, 1982). Böylece bireyler benzer yaşam deneyimlerini paylaşarak, sezaryenden kaynaklanan sorunlarla başedilmesinde birbirlerine destek olurlar.

İşlemlerle ilgili bilgiler; bunlar ameliyat öncesi ve sonrası gebeye neler yapılacağı ve gebenin nerede bulunacağına ilişkin bilgileri kapsamaktadır. Ameliyathane, uyanma odasının yeri, odada bulunan aletler, aç kalma, lavman, premedikasyon gibi ameliyat öncesi hazırlıklar, anestezi tipi, ameliyat sonrası vücuda takılan dren, idrar sondası, I.V infüzyonların açıklanmasını içeren bilgiler bu grupta yer almaktadır.

Beceri öğretimi; bu grupta sezaryen sonrası kadının derin ven trombozu, infeksiyon, ateletazi, pnömoni gibi postoperatif komplikasyonlarla karşı karşıya kalmaması için yapması istenilen derin solunum, öksürük ve bacak egzersizleri, öksürürken insizyon bölgesinin desteklenmesi, yatakta dönme gibi aktivitelerin öğretimi bulunmaktadır. Bunun yanında bebeğin beslenmesine yönelik (annenin pozisyonunun rahat olması, bebeğin başının gövdesi ile aynı hizada olması ve emerken dudaklarının dışa dönmüş olması, memeyi tutarken baş parmak üstte, diğer dört parmağın göğüs altına yerleştirilerek memenin desteklenmesi, areolanın büyük bir bölümünün bebeğin ağzında olması, bebeği memeden alırken yanağına dokunarak yavaşça alması) bilgilerin öğretimi yapılmalıdır.

Hastanın yaşayabileceği rahatsızlıklara ilişkin bilgiler; hastanın ameliyat öncesi ve sonrası yapılan işlemler sırasında neler hissedeceği (örneğin: premedikasyon verildiğinde baş dönmesi olabileceği), yaşayabileceği sorunlar (örneğin: anestezi sonrası kusma, ağrı, idrar retansiyonu v.b. olabileceği, emzirirken karnında ağrı hissedebileceği ve bunun normal olduğu), operasyon sonrası nelerin beklendiği (postpartum hemorajinin en yaygın nedeni uterus atoninin değerlendirilmesi amacıyla fundus sertliğinin kontrol edilmesi, loşia miktarı hakkında bilgi) açıklanır.

Hastanın sorumluluğunu açıklayan bilgiler; hastanın ameliyat öncesi hazırlıklarda ve ameliyat sonrası yaşanabilecek sorunlarla başetmede neler yapabileceği, bu sorunlarla başetmedeki rolünü içerir. Hastaların eğitiminde bu bilgilere ek olarak, ameliyat günü nereye, nasıl geleceği, ameliyattan önceki gece saat 24'ten sonra oral yolla bir şey almaması, değerli eşyalarının ve takılarının evde bırakılması gerektiği, ameliyat gününe kadar yaptırması gereken testler de açıklanır.

GEREÇ ve YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Akdeniz Üniversite Hastanesi ve Özel An-Deva Hastanesinde yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 542 yataklı olup, kadın hastalıkları ve doğum kliniği 40 yataktan oluşmaktadır. Klinikte bir sorumlu hemşire ve 7-9 klinik hemşiresi görev yapmaktadır. An-Deva hastanesi ise 50 yataklı olup, kadın hastalıkları ve doğum kliniği 7 yataklıdır. Ancak diğer kliniklere de sezaryenle doğum yapan kadınlar yatırılabilir. Klinikte bir sorumlu hemşire ve 3-4 klinik hemşiresi ile hizmet verilmektedir.

Çalışmanın yapılacağı kurumlar belirlenirken, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde toplam kalite çalışmalarının yapılıyor olması ve Özel An-Deva Hastanesinde ise özel hastane olmaları nedeniyle birey merkezli bakım verecekleri öngörüsünden yola çıkılmıştır.

3. 3. Örneklem

Araştırma, Ocak-Haziran 2005 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Özel An-Deva Hastanesi'nde sezaryenle doğum yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yapılmıştır. Her iki hastanede ayda ortalama 720-900 arasında C/S gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın yapıldığı süreç içerisinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde 510, Özel An-Deva Hastanesi'nde 251 olmak üzere toplam 761 sezaryen doğum olmuştur. Kota örnekleme yöntemine göre birbirine benzer ana kütlelerin %10-20'si örnekleme temsil etmede yeterlidir(Bülbul, 2000). Araştırmanın örneklemini kota örnekleme yöntemine göre ana kütlelerin %20'si oluşturmuştur. Buna göre Özel An-Deva Hastanesi'nden 70, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden 82 olmak üzere toplam 152 kişi araştırmaya alınmıştır. Özel An-Deva Hastanesi'nden 9, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden 8 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

3. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hastaların hastanede yatma sürelerinin kısa olması, taburculuk hazırlığı içinde olmaları ve bebeğin huzursuz olması gibi nedenlerle kadınların görüşme yapmayı reddetmesi sonucu veri toplamada güçlükler yaşanmıştır.

3. 5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Özel An-Deva Hastanesinde sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacı ile araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak hazırlanan soru formu aracılığıyla elde edilmiştir(Buhimschi & Buhimschi, 2006; Baytur ve diğ., 2005; Leeman, 2005; Hannah, 2004; Leslie, 2004; McFarlin, 2004; MacCorkle, 2004; Makoha et al., 2004; Yossepowitch et al., 2004; Armenakas et al., 2004; Jacobsen et al., 2004; Sachs, 2004; Zanardo et al., 2004; Breslin & Lucas, 2003; Nizard et al., 2003; Richman & Harer, 2003; Smith et al., 2003; Penna & Arulkumaran, 2003; Minkoff & Chervenak, 2003; Bost, 2003; Normand & Damato, 2002; Killian et al., 2001; Faundes et al., 2001; Enkin et al., 2000; Wagner, 2000; Christoforidis et al., 1999; Paterson-Brown et al., 1998; www.maternitywise.org). Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan yasal izin alınarak anket formları doldurulmuştur.

3. 5. 1. Soru Formunun Hazırlanması

Soru formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadınların demografik ve gebelik/doğum bilgilerine ilişkin 19 soru yer almıştır(EK 2). İkinci bölüm sezaryene preoperatif hazırlık durumunu belirlemeye yönelik olup, operasyon öncesi yapılacak işlemleri bilmeye yönelik 17 ve operasyon sonrası yapılacak işlemleri bilmeye yönelik 11 madde olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmuştur(EK 2A). Üçüncü bölüm ise sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeye yönelik olup bu bölümde 21 madde yer almaktadır(Ek 2B). Bu maddelerin ilk 5'i sezaryen doğumun avantajlarını, diğerleri ise dezavantajlarını bilme durumunu değerlendirmeye yöneliktir.

3. 5. 2. Ön Uygulama

Soru formunun anlaşılır olup olmadığını belirlemek amacı ile Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde sezaryen doğum yapmış 10 kişi ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda gerekli değişiklikler yapılarak soru formu uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

3. 5. 3. Soru Formunun Uygulanması

Araştırmacı anket uygulamaya başlamadan önce katılımcılara kendisini tanıtır, araştırmayla ilgili bilgi verdikten sonra katılımcının sözlü onayını almıştır. Sezaryenle doğum yapan kişilere, Özel An-Deva Hastanesi'nde ortalama iki gün (ameliyat günü ve ertesi gün) kaldıkları için postoperatif birinci günde, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde hastalar ortalama üç gün kaldıkları için postoperatif birinci ve ikinci günde ulaşılmaya çalışılmıştır. Soru formları yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuş olup, katılımcılardan gelen sorular form doldurulduktan sonra uygun şekilde açıklanmıştır. Sorular geçmişe yönelik olarak sorulmuştur. Soru formları dağıtılmadan önce araştırmacı kendini tanıtmış(Adı, soyadı, çalıştığı kurum, vb.), katılımcılara araştırmanın amacı ve süresi konusunda bilgi verilmiştir. Katılımcıların gönüllü olacağı ve ne zaman isterlerse çalışmadan ayrılacakları belirtilmiştir. Katılımcılara soru formuna isimlerinin yazılmayacağı, bilgilerin güvenli bir şekilde

saklanacağı ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda güvence verilmiştir. Katılımcıların sözlü onayı alındıktan sonra soru formunun uygulanmasına geçilmiştir.

3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, verilerin analizinde SPSS 12 paket program kullanılmıştır. Anket formunda yer alan açık uçlu sorulardan (Bu doğumunuzun sezaryen ile olacağını ne zaman öğrendiniz?, Sezaryene yeterince hazır olmadığınızı düşünmeniz nedenleri nelerdir?, Sezaryenle ilgili yaşadığınız en önemli endişe/sorun neydi?) elde edilen veriler, araştırmacı tarafından gruplandırılmış ve verilerin frekansları hesaplanmıştır. Bu bölümün değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Soru formunun ikinci ve üçüncü bölümlerinde (sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemler ve sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme) yer alan ifadelerden katılımcılar,

Bilmiyorum	Biraz Biliyorum	Biliyorum
1	2	3

şeklinde puan almışlardır. Biliyorum yanıtı hastanın kesin olarak ifade ettiği durumlarda işaretlenmiştir. Bilmeye ilişkin bazı tanımlayıcı kriterler ekte verilmiştir(Ek 3). Katılımcıların sorulara kendi ifadeleri ile “biraz biliyorum” ya da “duydum ama emin değilim” şeklinde yanıt verdiği durumlarda biraz biliyorum seçeneği işaretlenmiştir. Kişilerin her bir maddeden aldıkları puanlar toplanıp, soru sayısına bölünerek, aldıkları ortalama puanlar hesaplanmıştır. Daha sonra elde edilen puanlar toplanıp, yanıtlayanların sayısına bölünerek de her bir bölümden alınan ortalama puanlar ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Katılımcılar her bir maddeden en az 1, en çok 3 puan almışlardır. Puanlar toplamının 1’e yaklaşması bilme düzeyinin az, 3’e yaklaşması ise bilme düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu bölüme ilişkin gruplar arasındaki farkı saptamak üzere, ikili gruplarda Student’s T testi, grupların ikiden fazla olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Gruplar arası farkın önemli olduğu durumlarda ise Post Hoc testlerden Tukey testi kullanılarak farkın hangi gruplar arasında olduğu saptanmıştır. Önemlilik düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Özel An-Deva Hastanesi'nde sezaryenle doğum yapan toplam 152 katılımcı ile görüşülerek, toplanan veriler doğrultusunda elde edilen bulgular; Katılımcılara ilişkin tanıtıcı özellikler, katılımcıların sezaryene hazırlık durumları, katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarına yönelik bilgi durumları başlıkları altında verilmektedir.

4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümde araştırmaya katılan annelere ilişkin tanıtıcı özellikler yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (N=152)

Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	n	%
Yaş		
20 yaş ve altı	6	3.9
21-34 yaş arası	127	83.6
35 yaş ve üstü	19	12.5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	47	30,9
Lise	48	31,6
Üniversite ve üstü	57	37,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	47	30,9
Çalışmıyor	105	69,1
Sosyal Güvence		
Var	23	15,1
Yok	129	84,9

Tablo 4.1.1'de katılımcıların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Katılımcıların yaşları 16-45 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 28.5 (± 5.15)'tir. Katılımcıların büyük bölümünün (%83.6) 21-34 yaşlar arasında olduğu görülmektedir. Annelerin %37.5'i üniversite ve üzeri bir eğitime sahip olup, %69.1'i çalışmamaktadır. Ancak sosyal güvenceye sahip olanların oranı %84.9'dur.

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Gebelik/Doğum Öyküsü

Katılımcıların Gebelik ve Doğum Öyküsü	n	%
Gebelik Sayısı		
1. Gebelik	75	49.3
2 ve üzeri Gebelik	77	50.7
Önceki Doğum Şekli ^a		
Sezaryen Doğum	31	40.3
Normal doğum	39	50.6
Düşük	7	9.1
Doğum öncesi düzenli muayene olma durumu		
Evet	151	99.3
Hayır	1	0.7
Doğum öncesi muayene olunan yer ^b		
Resmi Devlet Kurumları (Sağlık Ocağı, Hastane)	75	49.3
Özel Kurumlar (Özel muayenehane, tüp bebek merkezi, vb.)	76	50.0
Doğum Yapılan Yer		
Üniversite Hastanesi	82	53,9
Özel An-Deva Hastanesi	70	46,1

^a 2 ve üzeri gebeliği olan anneler yanıtlamıştır.

^b Doğum öncesi bakım almayan bir kişi nedeniyle n değişmiştir.

Tablo 4.1.2’de katılımcıların gebelik, doğum ve doğum öncesi bakım alma durumları verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi katılımcıların %49.3’ünün ilk gebeliğidir. Önceki doğum şekillerine bakıldığında iki ya da daha fazla gebelik yaşamış olanların %50.6’sının önceki doğumlarını vaginal yolla gerçekleştirdikleri görülmektedir. Katılımcılardan sadece biri doğum öncesi bakım almazken, doğum öncesi bakımın alındığı kurumlar benzer dağılım göstermiştir.

Tablo 4.1.3. Katılımcıların Sezaryen İle Doğum Yapacaklarını Öğrenme Zamanları ve Sezaryen Doğum Nedenleri (N=152)

Katılımcıların Sezaryen Doğumu Öğrenme Zamanı ve Sezaryen Doğum Nedenleri	n	%
Sezaryen Doğumu Öğrenme Zamanı		
Gebeliğin başlangıcında	73	48.0
Ara dönem (son trimester)	39	25.7
Son anda (bir gün önce ya da doğuma geldiği zaman)	40	26.3
Sezaryen Doğum Nedenleri		
Doğum öncesi bebekle ilgili sorun	34	22.4
Doğum eylemi sırasında bebekle ilgili sorun	8	5.3
Doğum öncesi anneye ilgili sorun (tüp bebek, kronik hastalıklar, vb.)	37	24.3
Doğum eylemi sırasında anneye ilgili sorun	10	6.6
Tekrarlayan sezaryen	31	20.4
Annenin kendi tercihi	32	21.1

Tablo 4.1.3’de katılımcıların sezaryen ile doğum yapacaklarını öğrenme zamanları ve sezaryen doğum nedenleri verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların %48’i doğumlarının sezaryen ile olacağını başından beri bilirken, %26.3’ü son anda öğrendiğini ifade etmiştir. Sezaryen olma nedenleri incelendiğinde doğum öncesi anne (%24.3) ve bebekle (%22.4) ilgili sorunlar ilk iki sırayı alırken, kadının sezaryeni kendisinin tercih etmiş olması (%21.1) üçüncü sırada yer almıştır.

Tablo 4.1.4. Katılımcıların Demografik Verilerine Göre Sezaryeni Tercih Etme Durumlarının Dağılımı (N=32)

Demografi ve Sezaryen Tercihi	n	%
Yaş		
20 yaş ve altı	1	3.1
21-34 yaş arası	28	87.5
35 yaş ve üstü	3	9.4
Eğitim Durumu		
İlköğretim	5	15.6
Lise	11	34.4
Üniversite ve üstü	16	50.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	14	43.8
Çalışmıyor	18	56.2
Sosyal Güvence		
Var	27	84.4
Yok	5	15.6
Doğum Yapılan Yer		
Üniversite Hastanesi	9	28.1
Özel An-Deva Hastanesi	23	71.9

Sezaryen doğumu tercih eden katılımcıların demografik verileri incelendiğinde %87.5’inin 21-34 yaşları arasında ve %50.0’sinin üniversite ve üstünde bir eğitime sahip olduğu, %56.2’sinin çalışmadığı, %84.4’ünün sosyal güvenceye sahip olduğu ve %71.9’unun doğumunu özel hastanede gerçekleştirdiği saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Sezaryene Hazırlık Durumları

Bu bölümde katılımcıların sezaryene hazırlık durumlarına yönelik verilere yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Sezaryene İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumları ve Bilginin Edinildiği Kaynakların Dağılımı (N=152)

Bilgi Sahibi Olma ve Bilgi Edinilen Kaynaklar	n	%
Bilgisi Sahibi Olma		
Var	79	52.0
Yok	73	48.0
Bilginin kaynağı^a (n_i=79)		
Kitap ve Dergi	23	29.1
Internet	21	26.6
Hekim	34	39.2
Arkadaş	21	26.6
Kendi deneyimi	13	15.2
Kendisi sağlık personeli	4	5.1

^a Bu soruya bilgisi olduğunu ifade eden katılımcılar yanıt vermiş ve bir kişinin birden fazla yanıt vermesi nedeniyle n değişmiştir.

Tablo 4.2.1’de katılımcıların sezaryene yönelik bilgi durumları ve bilgiyi edindikleri kaynaklar yer almaktadır. Tablo’da görüldüğü gibi katılımcıların yaklaşık yarısı (%52) sezaryen hakkında bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Sezaryen hakkında bilginin edinildiği kaynaklar incelendiğinde hekim (%39.2) en önemli bilgi edinme kaynağı olarak ifade edilirken bunu kitap-dergi (%29.1), internet (%26.6) ve arkadaş çevresinin (%26.6) takip ettiği görülmektedir.

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Kendilerini Sezaryen Doğuma Hazır Hissetme Durumları (N=152)

Sezaryenle Doğuma Hazır Hissetme Durumu	n	%
Evet	73	48.0
Hayır	79	52.0

Tablo 4.2.2’de katılımcıların kendilerini sezaryen doğuma hazır hissedip hissetmediklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Katılımcıların %52’si kendisini sezaryen doğuma hazır hissetmediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Sezaryen Hakkında Bilgi Sahibi Olma ve Sezaryene Hazır Hissetme Durumları (N=152)

Sezaryen Bilgisi ve Sezaryene Hazır Olma Durumu	Sezaryen bilgisi				Test Sonucu
	Var (n=79)		Yok (n=73)		
	n	%	n	%	
Hazır hissetme durumu					X ² =42.487 p=0.000
Evet	58	73.4	15	20.5	
Hayır	21	26.6	58	79.5	

Tablo 4.2.3’de katılımcıların sezaryen hakkında bilgi sahibi olma ve sezaryene hazır hissetme durumları incelenmiştir. Daha önceden bilgisi olduğunu ifade eden annelerin C/S’ye kendilerini daha fazla hazır hissettikleri tablodan görülmektedir. Bilgi sahibi olma ile sezaryene hazır hissetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($X^2=42.487$, $p=0.000$).

Tablo 4.2.4. Katılımcıların Kendilerini Sezaryen Doğuma Hazır Hissetmeme Nedenlerine Göre Dağılımı (N=79)

Sezaryene Hazır Olmama Nedenleri	n	%
Bilgi almama	46	58.2
Korku	9	11.4
Acil olması	9	11.4
Sezaryen sonrası olumsuzluklar	3	3.8
Normal doğumu bekleme	12	15.2

Tablo 4.2.4’de sezaryen doğuma hazır hissetmediğini ifade eden katılımcıların buna gösterdikleri gerekçeler verilmiştir. Buna göre katılımcıların %58.2’si sezaryen doğuma hazır olmama nedeni olarak ilk sırada bilgi almamış olmayı göstermişlerdir. Normal doğumu bekliyor olma ise ikinci (%15.2) hazır olmama nedenidir.

Tablo 4.2.5. Sezaryen Doğuma Hazır Olmadığını Belirten Katılımcıların Belirttikleri Korku ve Endişe Nedenleri (N=48)

Sezaryene Yönelik Korku ve Endişe	n	%
Ameliyat korkusu	28	58.3
Uyanamama / Ölüm	13	27.1
Gaz çıkaramama	0	0.0
Ağrı	1	2.1
Bebegin sağlığı ile ilgili endişe	4	8.3
Epidural anestezi korkusu	2	4.2

Tablo 4.2.5’de sezaryen doğuma hazır olmadığını ifade eden katılımcıların sezaryen doğuma ilişkin korku ve endişeleri verilmiştir. Katılımcıların sezaryene ilişkin en önemli iki korku ve endişe nedeni ameliyat korkusu (%58.3) ve ölüm/uyanamama (%27.1)’dir.

Tablo 4.2.6. Sezaryen Doğuma Hazır Olduğunu Belirten Katılımcıların Belirttikleri Korku ve Endişe Nedenleri (N=40)

Sezaryene Hazır Olma ve Korku/Endişe	n	%
Sezaryene Yönelik Korku ve Endişe		
Ameliyat korkusu	13	32.5
Uyanamama / Ölüm	13	32.5
Gaz çıkaramama	2	5.0
Ağrı	5	12.5
Bebekle ilgili endişe	3	7.5
Epidural anestezi korkusu	4	10.0

Tablo 4.2.6’de sezaryen doğuma hazır olduğunu ifade eden katılımcıların korku ve endişe alanları görülmektedir. Sezaryene hazır olmadığını ifade eden katılımcılara benzer olarak, ilk sıralarda ameliyat korkusu (%32.5) ve anesteziyen uyumamama/ölüm korkusu (%32.5) yer almakta, bunu ağrı (%12.5) ve epidural anestezi ile ilgili korku (%10.0) takip etmektedir.

4.3. Katılımcıların Perioperatif Sezaryen Öncesi ve Sonrası Yapılacak İşlemlere İlişkin Bilgi Durumları

Bu bölümde katılımcıların sezaryen doğuma hazırlığa ilişkin bilgi sahibi olma durumları ve bunun doğum yapılan yer, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, doğum öyküsü, sezaryen bilgisi ve sezaryene hazır olma durumu ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Katılımcıların operasyon öncesi işlemlere ilişkin olarak bu bölümdeki istatistiklere temel oluşturan “biliyorum”, “biraz biliyorum” ve “bilmiyorum” şeklinde verdikleri yanıtların yüzde dağılımları Ek 4A ve Ek 4B’de verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemlere Yönelik Puan Ortalamalarının Genel Dağılımı (N=152)

Sezaryene Hazırlık	En az	En çok	Ortalama	Standart Sapma
Operasyon Öncesi ve Sonrası İşlemler (Genel)	1.11	3.00	2.3137	0.43935
Operasyon öncesi işlemler	1.12	3.00	2.2999	0.46203
Operasyon sonrası işlemler	1.00	3.00	2.3349	0.48686

Tablo 4.3.1’de katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilmeye ilişkin sorulardan aldıkları genel ve alt grup puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin sezaryen öncesi ve sonrası işlemlere yönelik sorulara verdikleri yanıtlardan aldıkları puanlar en az, en çok ve ortalama puanlar olarak tabloda gösterilmiştir. Katılımcılar sezaryen öncesi işlemler ile ilgili sorulardan genel olarak ortalama 2.31 ± 0.44 , alt gruplar olan operasyon öncesi işlemlerden 2.29 ± 0.46 ve operasyon sonrası işlemlerden ise 2.33 ± 0.49 puan almışlardır.

Tablo 4.3.2. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemlere Yönelik Puan Ortalamalarının Hastanelere Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu		Sayı	Doğum Yapılan Yer	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu
		70	Özel Hastane	2.3321	0.39477	
82	Üniversite Hastanesi	2.2979	0.47597			

Operasyon Öncesi İşlemler	Doğum Yapılan Yer	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Doğum Yapılan Yer	Ortalama	Standart sapma
	Özel Hastane	2.3118	0.42893		Özel Hastane	2.3636	0.43995
	Üniversite Hastanesi	2.2898	0.49092		Üniversite Hastanesi	2.3104	0.52505
t=0.291 p=0.771				t=0.670 p=0.504			

Tablo 4.3.2’de katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumlarının doğum yapılan yere göre dağılımı verilmiştir. Tablo’ya göre özel hastanede doğum yapan kadınların, sezaryen öncesi ve sonrası işlemleri bilme durumlarından aldıkları ortalama puan hem genel hem de alt gruplarda üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların aldıkları ortalama puandan daha yüksektir. Ancak doğum yapılan yer ve sezaryen öncesi ve sonrası işlemleri bilme durumu istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.3.3. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme		Sayı	Yaş	Ortalama	Standart sapma	Test Sonucu
		29	*20-24	2.0579	0.48213	
63	25-29	2.3107	0.43786			
41	30-34	2.4774	0.34908			
19	35 +	2.3609	0.39714			

Operasyon Öncesi İşlemler	Yaş	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Yaş	Ortalama	Standart sapma
	*20-24	2.0284	0.50933		*20-24	2.1034	0.53216
	25-29	2.3156	0.43629		25-29	2.3030	0.51400
	30-34	2.4577	0.37997		30-34	2.5078	0.39781
	35 +	2.3220	0.48363		35 +	2.4211	0.34711
F=5.405 p=0.001				F=4.486 p=0.005			

* 20 yaş altı grubu sadece 4 kişi olduğundan istatistiksel analiz yapılabilmesi için bir üst gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.3.3’de katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumlarının yaşlarına göre dağılımı verilmiştir. Annelerin sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme ve bu işlemlerin alt grupları olan operasyon öncesi ve operasyon sonrası işlemleri bilme puan ortalamalarına bakıldığında, yaş arttıkça puan ortalamalarının da arttığı ancak 35 yaş üzerinde 30-34 yaş arasındaki gruba göre ortalama puanda düşme olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra 24 yaş ve altı gruplarda alınan puanların, ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Sezaryene hazırlık durumu açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(F=5.742, p=0.001). Aralarında fark olan grupların belirlenmesi amacıyla Post Hoc testlerden Tukey testi kullanılmıştır. 20-24 yaş ile 25-29 yaş ve 30-34 yaş grupları arasında hem sezaryen öncesi ve sonrası işlemleri bilme, hem de alt grup olan operasyon öncesi işlemleri bilme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur(p<0.05). Diğer bir alt grup olan, sezaryen sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu ile ilgili olarak da 20-24 ile 30-34 yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p=0.003). Buna göre yaş arttıkça operasyon öncesi ve özellikle operasyon sonrasına ilişkin bilgi edinme düzeyi artmaktadır.

Tablo 4.3.4. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme		Sayı	Eğitim durumu	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		47	İlköğretim	2.0388	0.47039	F= 18.984 p= 0.000	
		48	Lise	2.3430	0.35788		
		57	Üniversite ve üstü	2.5157	0.35443		
Operasyon Öncesi İşlemler	Eğitim durumu	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Eğitim durumu	Ortalama	Standart sapma
	İlköğretim	2.0038	0.46825		İlköğretim	2.0928	0.55767
	Lise	2.3015	0.39069		Lise	2.4072	0.40395
	Üniversite ve üstü	2.5428	0.36567		Üniversite ve üstü	2.4737	0.41650
	F= 22.535		p= 0.000		F= 9.645		p= 0.000

Tablo 4.3.4’de katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Katılımcıların her iki bölümdeki sorulardan aldıkları ortalama puanlara bakıldığında, eğitim durumu yükseldikçe ortalama puanların da arttığı, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur(F= 18.984, p=0.000). İlköğretim düzeyinde eğitime sahip olan grupta alınan ortalama puan, genel ortalamanın altındadır. Hem genel olarak sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme hem de operasyon sonrası işlemleri bilme alt grubunda aralarında anlamlı fark olan grupların ilköğretim ile lise ve üniversite olduğu yapılan Tukey testi sonucunda anlaşılmıştır(p<0.01). Operasyon öncesi yapılacak işlemleri bilme durumu açısından her bir eğitim düzeyi ile (İlköğretim-Lise, İlköğretim-Üniversite, Lise-Üniversite) bilme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0.01).

Tablo 4.3.5. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme		Sayı	Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		47	Çalışıyor	2.4734	0.35950		t=3.082 p=0.002
105	Çalışmıyor	2.2422	0.45433				
Operasyon Öncesi İşlemler	Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma
	Çalışıyor	2.4944	0.37075		Çalışıyor	2.4410	0.41529
	Çalışmıyor	2.2129	0.47372		Çalışmıyor	2.2874	0.51040
	t=3.607 p= 0.000				t=1.811 p=0.072		

Tablo 4.3.5'te görüldüğü gibi çalışan kadınların aldıkları ortalama puanın genel ortalamanın üstünde olması, sezaryene hazırlık konusunda daha fazla bilgi sahibi olduklarını göstermektedir. Katılımcıların çalışma durumları ve sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumları genel ve operasyon öncesi işlemleri bilme durumu alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$), operasyon sonrası işlemleri bilme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.6. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Doğum Öykülerine Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme		Sayı	Doğum öyküsü	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		82	İlk doğum	2.2670	0.44257		F=11.975 p=0.000
39	Normal doğum	2.1648	0.44044				
31	Sezaryen	2.6244	0.24998				
Operasyon Öncesi İşlemler	Doğum öyküsü	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Doğum öyküsü	Ortalama	Standart sapma
	İlk doğum	2.2676	0.46887		İlk doğum	2.2661	0.49191
	Normal doğum	2.1327	0.46704		Normal doğum	2.2145	0.50379
	Sezaryen	2.5958	0.27370		Sezaryen	2.6686	0.26716
	F=10.226 p=0.000				F=10.460 p=0.000		

Tablo 4.3.6'da katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu puan ortalamalarının doğum öykülerine göre dağılımları verilmiştir. Katılımcıların puan ortalamaları incelendiğinde normal doğum yapmış olan katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu

ortalamalarının en düşük, sezaryen doğum deneyimlemiş olanların ise en yüksek olduğu görülmektedir. Daha önce sezaryenle doğum yapmış olma sezaryene yönelik yapılacak işlemleri bilme durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Katılımcıların doğum öyküleri ve sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu genel ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.000$). Bu fark daha önce sezaryenle doğum yapmış olanlar ile ilk doğumu olanlar ve daha önce normal doğum yapmış olanlar arasında olup($p<0.01$), ilk kez doğum yapanlar ile daha önce normal doğum yapmış olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.3.7. Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Puan Ortalamalarının Sezaryen Doğum Hakkında Bilgisi Olma Durumuna Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme		Sayı	Sezaryen bilgisi	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		79	Var	2.5479	0.30158	t=8.203 p=0.000	
73	Yok	2.0602	0.42537				
Operasyon Öncesi İşlemler	Sezaryen bilgisi	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Sezaryen bilgisi	Ortalama	Standart sapma
	Var	2.5458	0.32287		Var	2.5512	0.34181
	Yok	2.0338	0.44345		Yok	2.1009	0.51349
	t=8.180 p=0.000				t=6.409 p=0.000		

Tablo 4.3.7’de sezaryen hakkında bilgisi olduğunu ve olmadığını ifade eden katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemler genel ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları ve istatistiksel değerlendirme sonuçları verilmiştir. Sezaryen hakkında bilgisi olduğunu ifade eden katılımcılar sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme genel ve alt gruplarından genel ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($p<0.01$).

Tablo 4.3.8. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme Durumu Puan Ortalamalarının Sezaryenle Doğum Yapacaklarını Öğrenme Zamanlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme		Sayı	Sezaryeni öğrenme zamanı	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		73	Gebeliğin başlangıcında	2.5274	0.30743	F=22.668 p=0.000	
		39	Ara dönemde	2.1868	0.37836		
		40	Son anda	2.0473	0.50897		
Operasyon Öncesi İşlemler	Sezaryeni öğrenme zamanı	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Sezaryeni öğrenme zamanı	Ortalama	Standart sapma
	Gebeliğin başlangıcında	2.5125	0.31926		Gebeliğin başlangıcında	2.5504	0.36329
	Ara dönemde	2.1991	0.40341		Ara dönemde	2.1678	0.48038
	Son anda	2.0103	0.54679		Son anda	2.1045	0.52911
	F=20.857 p=0.000		F=16.851 p=0.000				

Tablo 4.3.8’de katılımcıların sezaryen ile doğum yapacağını öğrenme zamanı ile sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumundan aldıkları ortalama puanlar verilmiştir. Katılımcıların sezaryenle doğum yapacaklarını öğrenme zamanı ile sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu genel ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık söz konusudur(p=0.000). Bu fark sezaryeni öğrenme zamanı ile ilişkilidir. Gebeliğin başından beri sezaryen olacağını bilen grup ile son anda ve ara dönemde (son trimester) öğrenen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır(p=0.000). Ancak sezaryen doğum yapacağını son gün öğrenenlerle ara dönemde öğrenenler arasında sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu genel ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.3.9. Katılımcıların Sezaryene Hazırlık Bilgisi Puan Ortalamalarının Sezaryene Hazır Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryen Öncesi ve Sonrası İşlemleri Bilme		Sayı	Sezaryene hazır olma durumu	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		73	Evet	2.5294	0.30353	t=6.583 p=0.000	
		79	Hayır	2.1144	0.45264		
Operasyon Öncesi İşlemler	Sezaryene hazır olma durumu	Ortalama	Standart sapma	Operasyon Sonrası İşlemler	Sezaryene hazır olma durumu	Ortalama	Standart sapma
	Evet	2.5222	0.33130		Evet	2.5405	0.33501
	Hayır	2.0946	0.47223		Hayır	2.1450	0.52839
	t=6.414 p=0.000		t=5.460 p=0.000				

Tablo 4.3.9’da sezaryen doğuma hazır olup olmama durumu ve sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu ortalama puanları verilmiştir. Sezaryen doğum için hazır olduğunu ifade eden katılımcılar sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme durumu genel ve alt gruplarından sezaryene hazır olmadığını ifade eden katılımcılara göre daha yüksek puan almışlardır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($t=6.583$, $p=0.000$).

4.4. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajlarını Bilme Durumları

Bu bölümde katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarına ilişkin bilgi sahibi olma durumları bilgi puanları ve bunun doğum yapılan yer, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, doğum öyküsü, sezaryen bilgisi ve sezaryene hazır olma durumu ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları Ek 5A ve Ek 5B’de verilmiştir.

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Genel Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları	En Az	En Çok	Ortalama	Standart sapma
Sezaryenin avantaj ve dezavantajları (Genel)	1.10	3.00	2.1256	0.38093
Sezaryenin avantajları	1.00	3.00	2.3711	0.53359
Sezaryenin dezavantajları	1.13	3.00	2.0489	0.38210

Araştırmaya katılan kişilerin sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlardan aldıkları puanlar en az, en çok ve ortalama olarak tablo 4.4.1’de gösterilmiştir. Tablodan katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeden genel olarak 2.13 ± 0.38 , sezaryenin avantajlarını bilme alt grubundan 2.37 ± 0.53 ve sezaryenin dezavantajlarını bilme alt grubundan 2.04 ± 0.38 puan aldıkları ve sezaryenin avantajlarına ilişkin daha fazla bilgi sahibi olduklarını belirttikleri görülmektedir.

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Sezaryen Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Hastanelere Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Doğum Yapılan Yer	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		70	Özel Hastane	2.1156	0.34668	t=-0.298 p= 0.766	
		82	Üniversite Hastanesi	2.1341	0.40985		
Avantaj	Doğum Yapılan Yer	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Doğum Yapılan Yer	Ortalama	Standart sapma
	Özel Hastane	2.3943	0.48630		Özel Hastane	2.0286	0.35985
	Üniversite Hastanesi	2.3512	0.57311		Üniversite Hastanesi	2.0663	0.40150
	t=0.495 p=0.622		t=-0.606 p=0.546				

Tablo 4.4.2’de katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeye ilişkin sorulardan aldıkları ortalama puanların doğum yapılan hastaneye göre dağılımı verilmiştir. Genel olarak katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajları genel ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamaları benzer olup, her iki hastanede de kadınlar sezaryenin avantajları konusunda daha fazla bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu sorulara verdiği cevaplar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır($t=0.495$, $p>0.05$).

Tablo 4.4.3. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Yaş Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Yaş	Ortalama	Standart sapma	Test Sonucu	
		29	*20-24	1.9458	0.37055	F=5.807 p=0.001	
		63	25-29	2.0748	0.36793		
		40	30-34	2.2810	0.31213		
		20	35 +	2.2357	0.43327		
Avantaj	Yaş	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Yaş	Ortalama	Standart sapma
	*20-24	2.1448	0.45007		*20-24	1.8836	0.37040
	25-29	2.3651	0.59301		25-29	1.9841	0.34997
	30-34	2.5500	0.35877		30-34	2.1969	0.35399
	35 +	2.3600	0.63776		35 +	2.1969	0.42013
	F=3.397 p=0.020		F=5.943 p=0.001				

* 20 yaş altı grubu sadece 4 kişi olduğundan istatistiksel analiz yapılabilmesi için bir üst gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.4.3’de annelerin sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme durumları incelenmiş, genel olarak gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($F=5.807$, $p=0.001$). Sezaryenin avantajları ve dezavantajlarını bilme alt grupları ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık söz konusudur($F=3.397$, $p=0.020$; $F=5.943$, $p=0.001$). Sezaryenin avantajlarını bilme durumu açısından

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olan gruplar 20-24 ile 30-34 yaş gruplarıdır(p=0.009). Sezaryenin dezavantajlarını bilme yönünden 20-24 ile 30-34 yaş (p=0.003) ve 35 yaş ve üstü (p=0.019) ve 25-29 ile 30-34 yaş arasında (p=0.023) istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur.

Tablo 4.4.4. Annelerin Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Eğitim durumu	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		47	İlköğretim	1.8936	0.34699	F=19.748 p=0.000	
		48	Lise	2.1270	0.33229		
		57	Üniversite ve üstü	2.3158	0.34311		
Avantaj	Eğitim durumu	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Eğitim durumu	Ortalama	Standart sapma
	İlköğretim	2.0553	0.53030		İlköğretim	1.8431	0.32940
	Lise	2.3500	0.49936		Lise	2.0573	0.33517
	Üniversite ve üstü	2.6491	0.40582		Üniversite ve üstü	2.2116	0.38432
	F=20.042 p=0.000		F=14.077 p=0.000				

Tablo 4.4.4’de görüldüğü gibi eğitim düzeyi yükseldikçe ortalama puanların da arttığı, gruplar arası farkın hem sezaryenin avantajlarını ve dezavantajlarını bilme genel (F=19.748, p=0.000) hem de alt gruplarında (F=20.042, p=0.000; F=14.077, p=0.000) anlamlı olduğu saptanmıştır. Sezaryenin avantajlarını bilmede ilköğretim ile lise ve üniversite (p=0.009; p=0.000) ve lise ile üniversite arasındaki (p=0.005) fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sezaryenin dezavantajlarını bilmede ise ilköğretim ile lise ve üniversite arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu(p=0.010; p=0.000) buna karşın lise ile üniversite ve üstü bir eğitime sahip olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır(p=0.069).

Tablo 4.4.5. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		47	Çalışıyor	2.3141	0.32459	t=4.312 p=0.000	
		105	Çalışmıyor	2.0413	0.37531		
Avantaj	Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma
	Çalışıyor	2.5702	0.42319		Çalışıyor	2.2340	0.35701
	Çalışmıyor	2.2819	0.55518		Çalışmıyor	1.9661	0.36495
	t=3.170 p=0.002		t=4.212 p=0.000				

Tablo 4.4.5'te çalışan kadınların sezaryenin avantaj ve dezavantajları konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları tabloda görülmektedir. Gruplar arası fark hem sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme genel ($F=1.950$, $p= 0.000$), hem de alt gruplarında ($p=0.002$, $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özellikle sezaryenin dezavantajlarını bilmede çalışmayan grubun puan ortalamalarının 2'nin altında olması dikkat çekicidir.

Tablo 4.4.6. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Doğum Öykülerine Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Doğum öyküsü	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		82	İlk doğum	2.1063	0.39850	F=3,828 p=0,024	
		39	Normal doğum	2.0415	0.34619		
		31	Sezaryen	2.2826	0.33782		
Avantaj	Doğum öyküsü	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Doğum öyküsü	Ortalama	Standart sapma
	İlk doğum	2.3341	0,54438		İlk doğum	2.0351	0.39456
	Normal doğum	2.2872	0,55781		Normal doğum	1.9647	0.34881
	Sezaryen	2.5742	0,42815		Sezaryen	2.1915	0.36010
F=3.002		p=0.053		F=3.254		p=0.041	

Tablo 4.4.6'da doğum öyküsü ile sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme durumu incelenmiş, genel puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($F=3.828$, $p=0.024$). Sezaryenin avantajlarını bilme alt grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($F=3.002$, $p=0.053$) olduğu, sezaryenin dezavantajlarını bilme alt grubunda ise gruplar arası farkın anlamlı olduğu ($F=3.254$, $p=0.041$) saptanmıştır. Ortalamalara bakıldığında sezaryenin dezavantajları bilgi puan ortalamalarının daha düşük olduğu, sezaryenin avantajları konusunda ise tüm grupların daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Post Hoc testlerden tukey testi sonuçlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olan grupların daha önce sezaryenle doğum yapmış olan grup ile normal doğum yapmış olan gruplar olduğu saptanmıştır($p=0.036$).

Tablo 4.4.7. Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Sezaryen Doğum Hakkında Bilgisi Olduğunu ve Olmadığını İfade Eden Katılımcılara Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Sezaryen bilgisi	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		79	Var	2.2966	0.33123	F=0.333 P=0.000	
		73	Yok	1.9406	0.34456		
Avantaj	Sezaryen bilgisi	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Sezaryen bilgisi	Ortalama	Standart sapma
	Var	2.6253	0.39271		Var	2.1938	0.36821
	Yok	2.0959	0.53136		Yok	1.8921	0.33370
	F=5.521 p=0.000		F=0253 p=0.000				

Tablo 4.4.7’de sezaryen hakkında bilgisi olduğunu ifade eden katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeye ilişkin sorulardan aldıkları ortalama puanlar verilmiştir. Tabloya göre sezaryen hakkında bilgisi olduğunu ifade eden katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarına yönelik sorulardan aldıkları ortalama puanlar, bilgisi olmadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksektir. Sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme yönünden hem genel hem de alt gruplarda farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p=0.000).

Tablo 4.4.8. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Sezaryenle Doğum Yapacaklarını Öğrenme Zamanlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Sezaryeni öğrenme zamanı	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		73	Gebeliğin başlangıcında	2.2127	0.34550	F=3.845 p=0.024	
		39	Ara dönemde	2.0330	0.40893		
		40	Son anda	2.0571	0.38854		
Avantaj	Sezaryeni öğrenme zamanı	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Sezaryeni öğrenme zamanı	Ortalama	Standart sapma
	Gebeliğin başlangıcında	2.5151	0.44835		Gebeliğin başlangıcında	2.1182	0.36048
	Ara dönemde	2.2051	0.58487		Ara dönemde	1.9792	0.40892
	Son anda	2.2700	0.56668		Son anda	1.9906	0.38098
	F=5.581 p=0.005		F= 2.355 p=0.098				

Tablo 4.4.8’de görüldüğü gibi katılımcıların sezaryeni öğrenme zamanları ile sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme durumları arasında anlamlı fark vardır(F=3.845, p=0.024). Sezaryenin avantaj ve dezavantajını bilmenin alt gruplarına bakıldığında sezaryenin avantajını bilme yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(F=5.581, p=0.005). Katılımcıların doğumlarını sezaryenle yapacaklarını öğrenme zamanları ile sezaryenin avantajlarını bilme

durumları kendi içinde ayrı ayrı incelendiğinde sezaryen doğum yapacağını son gün öğrenenlerle ara dönemde (son trimester) öğrenenler arasında sezaryenin avantajları bilgisi puan ortalamaları arasında fark bulunmazken($p=0.843$), farkın başından beri bilenlerle ara dönemde ve son gün öğrenenler arasında olduğu saptanmıştır($p>0.05$). Sezaryenin dezavantajlarını bilme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.4.9. Katılımcıların Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajları Bilgi Puan Ortalamalarının Sezaryene Hazır Olma Durumuna Göre Dağılımı (N=152)

Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajını Bilme Durumu		Sayı	Sezaryene hazır olma durumu	Ortalama	Standart sapma	Test sonucu	
		73	Evet	2,2459	0,32906	t=3,916 p=0,000	
		79	Hayır	2,0145	0,39359		
Avantaj	Sezaryene hazır olma durumu	Ortalama	Standart sapma	Dezavantaj	Sezaryene hazır olma durumu	Ortalama	Standart sapma
	Evet	2,5863	0,38054		Evet	2,1396	0,36526
	Hayır	2,1722	0,57800		Hayır	1,9652	0,38040
	t=5,172	p=0,000			t=2,878	p=0,005	

Tablo 4.4.9'da kendini sezaryen doğum için hazır hissettiğini ifade eden katılımcılar sezaryenin avantaj ve dezavantajlarına yönelik sorulardan, sezaryene hazır hissetmediğini ifade eden katılımcılara göre daha yüksek puan almışlardır. Gruplar arası fark sezaryene hazır hissetme ve sezaryen avantaj ve dezavantajını bilme durumu ve alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

TARTIŞMA

Fetüs, plasenta ve zarların, karın ve uterus duvarına yapılan insizyonla doğurtulması anlamına gelen sezaryen kadın doğum uzmanları tarafından uygulanır fakat doğum öncesi, sırası ve sonrasında izlem başta hemşireler olmak üzere diğer sağlık çalışanları tarafından yapılır(Chamberlain & Ster, 1999). Hastayla sürekli birlikte olan ve onun bakımını sağlayan hemşirenin, hasta eğitimi ve danışmanlık rolü yadsınamaz. Hemşirenin kanuni ve yasal sorumluluğu olduğu düşünülen hasta ve ailesinin eğitimi, perioperatif dönem boyunca hemşirenin sorumluluklarından biridir. doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin (sezaryen olan katılımcıların sezaryen öncesi ve sonrası uygulanan işlemler, sezaryenin avantaj ve dezavantajları) bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlarla ilgili tartışmalar aşağıda verilmiştir. Ancak sezaryene yönelik ameliyat öncesi ve sonrası bilgi düzeyine ilişkin yerli ya da yabancı kaynak bulunamaması nedeniyle yeterli karşılaştırma yapılamamıştır.

5.1. Katılımcıların Gebelik ve Doğum Öyküleri

Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı ilk doğumunu yapmış olup, mükerrer sezaryen için aday grubu oluşturmaktadırlar(Tablo 4.1.2). Sezaryen doğum oranını artıran önemli nedenlerden biri tekrarlayan sezaryen sayısındaki artıştır. Literatüre göre ilk gebeliklerinde vaginal yolla doğum yapan kadınların sonraki gebeliklerinde sezaryen olma riski daha düşüktür. Bununla birlikte ilk doğumu sezaryenle olan kadınların vaginal doğumu deneme ya da tekrarlayan sezaryeni seçmelerinden dolayı komplikasyon riskinde artma vardır(Leeman, 2005). Komplikasyonsuz bir vaginal doğumdan sonra ikinci vaginal doğum hemen hemen daima komplikasyonsuz iken sezaryen için aynı şey geçerli değildir(Murta & Nomelini, 2004).

Antenatal izlem ile sezaryen arasında pozitif bir ilişki vardır(Koç, 2003; Remsberg et al., 1999). Koç (2003)'un çalışmasında antenatal izlem yapılmayan kadınlarda sezaryen oranı sadece %4 iken, altı ya da daha fazla izlem yapılmış kişilerde bu oranın %33,3'e yükseldiği bulunmuştur. TNSA 2003 verilerine göre, araştırma tarihinden önceki beş yılda yapılan son doğumlarında annelerin yüzde 81'i en az bir kez sağlık personelinden doğum öncesi bakım almış ve sezaryen oranı bir önceki döneme göre %7 artmıştır(www.hips.hacettepe.edu.tr). Araştırmanın sonuçları literatürle uyumludur(Koç, 2003; www.hips.hacettepe.edu.tr; Remsberg et al., 1999). Katılımcıların neredeyse tamamı doğum öncesi düzenli muayene olduğunu ifade ederken sadece bir kişi doğum öncesi muayene olmamıştır. Doğum öncesi muayene olunanyer incelendiğinde resmi devlet kurumları ve özel kurumlardan eşit şekilde yararlanılmıştır(Tablo 4.1.2). Bunda sosyal güvenceye sahip olma ve çalışma durumunu etkili olduğu düşünülmektedir.

Sezaryen, vaginal doğumun kolay olmadığı ya da anne veya bebek için aşırı risk taşıdığı durumlarda uygulanır. Tekrarlayan sezaryen, distosi, fetal distres, plasenta previa, ablasyo plasenta gibi plasental anomaliler, maternal enfeksiyon ve maternal hastalıklar sezaryen için endikasyonlardır(Ofir et al., 2003; Abu-Heija & Zayed, 1998; Taşkın, 1997; Coşkun ve diğ., 1996; Mckinney et al., 2000). Bunun dışında medikal bir endikasyon olmaksızın annenin isteği üzerine uygulanan sezaryenler vardır. 2004’de hasta tercihli sezaryen doğumların tüm sezaryenlerde %4’ten %18’e, elektif sezaryenlerde %14’ten %22’ye yükseldiği rapor edilmiştir. ABD’de sağlık istatistikleri ulusal merkezi ve hastalık önleme ve koruma merkezi (The National Center for Health Statistics and the Centers for Disease Control and Prevention) raporlarına göre 1970’de %5,5 olan sezaryen oranının %4,2’si primer sezaryen olup, 1993’te bu oran %22,8’e yükselmiştir. Bu oran 2003’te %26’ya ulaşmıştır(Terhaar, 2005). Bu araştırmada kadınların belirttikleri sezaryen nedenleri büyük oranda yukarıda belirtilen literatüre uyumlu iken, annenin kendi tercihi önemli bir sezaryen nedeni olarak üçüncü sırada yer almaktadır(Tablo 4.1.3) ve bu oran yukarıda verilen literatürle uyumludur. Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı doğumlarının sezaryenle olacağını “başından beri biliyorum” olarak yanıtlamışlardır. Bunda tekrarlayan sezaryen ve annenin kendisinin sezaryeni tercih etmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların yarısı sezaryen hakkında bilgisinin olduğunu ifade etmişlerdir(Tablo 4.2.1). Bu oran Erdoğan ve ark. (1991)’nin buldukları sonuçlardan daha yüksektir(%28,91). Araştırmada hekim, anneler tarafından sezaryen hakkında bilgi alınan kaynaklar içinde ilk sırada gösterilmiştir. Bu bulgu Baybek ve ark. ile Erdoğan ve ark.’nın çalışması ve TNSA 2003 verileri ile uyumludur. Araştırmada bilginin edinildiği diğer kaynaklar kitap/dergi, internet ve arkadaş çevresi olarak gösterilmiştir. Işık & Vural (2001) çalışmasında kadınların klimakterik dönem ile ilgili bilgileri çoğunlukla arkadaş, akraba, komşu ve kitle iletişim araçlarından aldıkları bulunmuştur. Benzer şekilde Baybek ve ark. (2003)’nin çalışmasında da broşür, medya ve çevre bilgi edinilen önemli kaynaklar olarak gösterilmiştir. Sonuç olarak, aile ve arkadaş çevresi ile kitle iletişim araçları eğitim ve bilme üzerinde önemli bir role sahiptir. Ancak edinilen bilginin yanlış ya da gereksinime cevap vermeyecek kadar yetersiz olması ya da kulaktan duyma bilimsel açıklaması olmayan bilginin kullanılması kadınların yetersiz bilgilenmelerine neden olmaktadır. Nitekim Baybek ve ark. (2003) çalışmasında bu tür kaynaklardan bilgi aldığını ifade eden katılımcıların bilgi puan ortalamaları hekim ve ebe-hemşireden bilgi alan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.

Araştırmada annelerin hiç biri ebe ve hemşireyi sezaryen konusunda bilgi edinilen kaynak olarak göstermemişlerdir. Oysa Erdoğan, Yılmaz & Şirin (1991)’in çalışmasında ise sezaryen hakkında bilgi veren kişi olarak hemşire %3,74 oranında yer alırken, TNSA 2003 verilerine göre doğum öncesi bakımda ebe/hemşirenin yeri %5,5 olarak bulunmuştur(www.hips.hacettepe.edu.tr). Özbaşaran & Yanıkkörem (2004)’in araştırmasında ise kadınların %55’i ebe ve hemşireden, %49’u ise doktordan gebelik ve doğum ile ilgili bakım almıştır. Ebe/hemşirenin doğum öncesi bakımda ve hizmet sunumunda bu kadar az oranda yer alması ya da hiç bulunmamasında, ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili ve yeterli

olmaması (Özbaşaran & Yanıkerem, 2004) ve ebe/hemşirelerin gebelik ve doğumu normal bir süreç olarak değerlendirmeleri nedeniyle konunun öneminin yeterince farkında olmamaları (Mucuk & Güler, 2002) temel nedenlerdendir. Özellikle düzenli ev ziyaretleri ve gebe/çocuk izlemleri yapan ebelerin sorumluluklarını tam olarak yerine getirmemeleri, anne/çocuk sağlığını ve genel olarak da toplum sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Oysa, ülkemizde 224 sayılı yasa ve 154 sayılı yönergede, gebe ve çocuk hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocaklarında karşılanması öngörülmektedir(Özbaşaran & Yanıkerem, 2004). Ebelerin problemlili olmayan gebelikleri takip etmeleri ve riskli gebeliklerin de ilgili kurumlara yönlendirilmesi ile kaynakların doğru ve etkili kullanımını sağlanacaktır. Bunun dışında gelir düzeyi yüksek ve sosyal güvencesi olan bireylerin daha fazla özel muayene ve hastaneleri tercih etmeleri, sezaryen olacak gebelerin servise ameliyat günü ya da ameliyattan çıktıktan sonra kabul edilmeleri nedeniyle öncesinde ebe/hemşire ile görüşme imkanının olmaması (Karadağ, 1999) ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin bu konuda beklenti koymaması (Mucuk & Güler, 2002) etkili olan diğer nedenlerdir. Oysa ebe/hemşireler kadınlara kendileri için en uygun seçimi yapmalarında, doğumla yüzleşmelerinde, sezaryen ve vaginal doğumu takiben gelişebilecek potansiyel komplikasyonları anlamalarında yardımcı olabilirler. Ebe/hemşireler, psikolojik bakım ve destek ile emosyonel distressi erken dönemde saptayarak gebeleri cesaretlendirebilir ve özellikle doğum ve doğum eylemi süresince doğumun negatif deneyimlerini azaltabilirler(Terhaar, 2005; Keogh et al., 2005; Lee, & Chien, 2002).

Sezaryene hazırlıkta bilgilendirilme temeldir ve bunun sonucunda uygulama için hastanın rızası alınır. Bazıları hastaya bilgi sağlamada, verilen bilginin hastada stres ve depresyon gibi sonuçlar ortaya çıkarabileceği endişesi taşıyabilirler(Ivarsson et al., 2005). Ancak Ivarsson et al. (2005) çalışmasında kardiyak cerrahi geçirecek hastalara olası komplikasyonlar hakkında verilen bilginin, hastalar üzerinde herhangi bir negatif etkiye sahip olmadığı, aksine hastaların daha memnun olduğu ve cerrahları ile alternatif tedavi yöntemlerini tartışabilmede daha fazla deneyime sahip oldukları bulunmuştur. Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı sezaryen doğuma hazır olduğunu ifade etmiştir(Tablo 4.2.2). Bilgi sahibi olma ile kendisini sezaryen doğuma hazır hissetme arasında pozitif bir ilişki vardır ve bu çalışmada da bunu destekleyen sonuçlar elde edilmiştir(Tablo 4.2.3).

Araştırmada sezaryen doğuma hazır olmadığını ifade eden katılımcıların yarısından fazlası buna sebep olarak daha önce bilgi almamış olmayı göstermiştir(Tablo 4.2.4). İkinci sırada ise normal doğumu bekleme yer almaktadır. Erdoğan ve ark. (1991) çalışmasında da katılımcılar sezaryen olacaklarını öğrendiklerinde yüksek oranda korku (%29,91) hissettiklerini ifade etmişlerdir. Oysa annenin doğum öncesi sezaryen olasılığına karşı hazırlanması acil sezaryen ile karşı karşıya kaldığında daha az korku hissetmesine neden olmaktadır(Erdoğan ve diğ., 1991). Ameliyat olacak hastaların korku nedenlerinin en önemlilerinden birisi ameliyat korkusu (bilinmeyen korkusu) olup, bunu ağrı, organ kaybı, ölüm tehlikesi ve anestezi tehlikesi gibi korkular izlemektedir(Erdil & Elbaş, 2001; Phipps et al., 1999). Lescale et al. (2001) çalışmasında nonelektif sezaryen uygulanmasını başlangıçta kabul etmeyen 7 kişiden 4'ünün neden olarak cerrahi korkusunu gösterdiğini belirtmiştir. Bu çalışmada da

hem sezaryene hazır olmayanlarda hem de hazır olanlarda sezaryene yönelik korkunun en önemli nedeni olarak ameliyat korkusu ve uyanamama/ölüm korkusu gösterilmiştir(Tablo 4.2.5 ve Tablo 4.2.6). Bu bulgu literatürle uyumlu olup(Lescale et al., 2001; Erdil & Elbaş, 2001; Phipps et al., 1999), ameliyat ve uyanamama/ölüm korkusu yalnız sezaryende değil, diğer operasyonlarda da en sık belirtilen neredeyse “evrensel” korku nedenleridir. Bu nedenle kadınların doğumlarının herhangi bir yöntemle olabileceğine hazırlanmaları ve endişe ve korku yaratan konuların belirlenerek bunlarla baş etmenin sağlanması ve stresin azaltılması gerekmektedir. Eğitim yanlış anlamaları düzelterek, anksiyeteyi azaltacak ve uyumu artıracaktır(Doshani & Shafi, 2003). Hobson et al (2006) çalışmasında da anestezi tarafından verilen preoperatif bilgi ile anksiyetenin azaldığı ve preoperatif anksiyetesi az olan annelerin sezaryenden sonra daha fazla memnuniyet ifade ettikleri bulunmuştur. Yüksek anksiyete, memnuniyetin azalması ile ilişkili olup, anksiyetesi fazla olan kişilere bu konuları tartışmak için daha fazla fırsat verilmesi gerekmektedir.

5.2. Katılımcıların Sezaryen Öncesi ve Sonrası Yapılacak İşlemler, Sezaryenin Avantaj ve Dezavantajlarına İlişkin Bilgi Düzeyleri

Sezaryen, modern cerrahi yöntemler ve antibiyotik kullanımı gibi ilerlemelerle en güvenli cerrahi uygulamalardan biri olarak kabul edilmesine karşın, vaginal doğumla karşılaştırıldığında enne ve bebeğin herikisinin de sağlığını tehdit eden daha büyük riskleri içerir(Wong et al., 2002; McKinney et al., 2000). Bu nedenle her işlem öncesi hastanın onamının alınması gerekliliği de dikkate alındığında, gebenin her bir doğum metodunun avantajları ve dezavantajları, üriner kateter, IV infüzyon gibi preoperatif uygulamalar ve onların amaçları, fundus, loşia kontrolü gibi rutin değerlendirmeler, derin solunum, öksürme egzersizleri gibi uygulama sonrası komplikasyonların önlenmesi ve yeterli bakımın sağlanmasına yönelik uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Bilgi bilinmeyen korkusunu azaltır ve bebeğin doğumundaki kontrol hissini artırır(McKinney et al., 2000). Araştırmada katılımcıların yaklaşık yarısı sezaryen hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişler (Tablo 4.2.1) ve bununla paralel olarak da sezaryen öncesi ve sonrası işlemler ve sezaryenin avantaj ve dezavantajlarına yönelik sorulardan genel ortalamanın üzerinde puan almışlardır(Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.7, Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.7). Ancak katılımcıların yarısının sezaryen hakkında bilgili olması istenen ve amaçlanan bir sonuç değildir. Bildirililmek temel bir hak ve sezaryen ile doğum yapan herkes bu hakka sahip olmalıdır.

Katılımcıların, özellikle genel anestezi uygulanacak hastaların, operasyondan en az 8-12 saat önce aç bırakılması, takı, oje, lens varsa çıkarılması gerektiğini büyük oranda bilmektedirler. Bunun yanı sıra ameliyat sonrası ne kadar yatakta kalacağı, ameliyat yerinin hareketi tam olarak engellemeyeceği, erken hareketin iyileşmeyi hızlandıracağı, ameliyattan sonra gaz ve gaita çıkarmada zorluk yaşayabileceğini gibi sorulara katılımcıların yarısından fazlası tarafından “biliyorum” şeklinde yanıt verilmiştir(Ek 4A, Ek 4B). Bu veriler doğrultusunda katılımcıların kendi deneyimleri ya da sağlık profesyonelleri ve arkadaş çevresi yoluyla erken hareketin önemini farkında oldukları söylenebilir. Derin nefes alma ve öksürmenin solunum üzerine etkisi katılımcıların yarısından azı tarafından bilinmektedir. Bu egzersizlerin nasıl

yapılacağını ise ancak her 10 katılımcıdan biri bilmektedir. Operasyon sonrası damar iltihabı gibi sorunlarla karşılaşabileceğini bilenlerin oranı ise katılımcıların dörtte birinden daha azdır. Oysa genel anestezi ile sezaryen doğum yapan kadınlarda anesteziye bağlı etkili soluk alıp-verememe akciğer dokusunun kısmen ya da tamamen kollabe olmasına ve atelektaziye neden olabilir. Progesteronun ven duvarına yaptığı gevşetici etki ve büyüyen uterusun mekanik baskısı sonucu oluşan venöz staz, gebelikte tromboflebite yatkınlığı artırır. Annede varis varsa ve anesteziden dolayı mobilizasyonu gecikirse, tromboflebit riski daha da artar. Tromboflebit görülme riski vaginal doğumdan sonra %1, sezaryenden sonra %2-5 olması bunun açık bir göstergesidir(Taşkın, 2003). Jinekolojik cerrahi ile kıyaslandığında sezaryen doğum yapan kadınlar jinekolojik cerrahi hastalarından daha genç ve sezaryende operasyon süresi daha kısa olmasına karşın, PTE görülme insidansı sezaryenle doğum yapanlarda iki kat daha fazladır(Chisaka et al., 2004). Ameliyattan sonra en önemli önlenilebilir postoperatif komplikasyonlar olan atelektazi, pnömoni, parolitik ileus, derin ven trombozu gibi komplikasyonların tümü hastaya ameliyat öncesi derin solunum, öksürük ve ekstremitte egzersizlerinin öğretilmesi, ameliyat sonrası da hastanın bu egzersizleri yapmasının sağlanması ve postoperatif ambulasyon ile önlenmesi ya da azaltılması hemşirelik literatüründe geniş çapta tartışılan bir konudur(Oetker-Black et al., 2003; Lee & Chien, 2002; Erdil & Elbaş, 2001; Olds et al., 2000). Ameliyat öncesi bu egzersizlerin öğretimi için en uygun zaman ameliyattan önceki günün öğleden sonrası ya da gecesidir(Erdil & Elbaş, 2001). Ancak kliniklerde buna yönelik uygulamalar yetersizdir. Kutlu ve Çetinkaya (2004) hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretmediklerini ve buna paralel olarak da derin solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmadıklarını bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da bu egzersizlerin nasıl yapılacağını bilinmemesiyle paralel olarak, katılımcılar büyük oranda akciğer komplikasyonları hakkında bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir.

Sezaryen doğum çeşitli derecelerde kan kaybına da neden olmaktadır. Sezaryenden sonra hemorajiye bağlı histerektomi prevelansı vaginal doğumdan 10 kez daha fazladır ve maternal ölüm riski 16 kat artar(Paterson-Brown et al., 1998). Araştırmada kanamaya bağlı komplikasyonların önlenmesi amacıyla, “rahimin toparlanmasını kontrol etmek için karından hafifçe bastırılarak muayene yapılacağını biliyor musunuz?” sorusuna kadınların yaklaşık yarıya yakını “biliyorum” şeklinde yanıtlarken, “kanamanın ne kadarının normal olduğunu biliyor musunuz?” sorusuna sadece dörtte birinin biliyorum şeklinde yanıtlaması tezatlık oluşturmaktadır. Bu sonuç histerektomiye kadar gidebilen kanamanın önemi ve önlenmesi hakkında kadınların yeterince bilgilendirilmediğini düşündürmektedir. Aynı zamanda hastanın sağlık durumunu değerlendirmede kullanılan ve homeostatik dengenin bozulduğunu gösteren ilk işaretlerden biri olan ANS-TA (Ateş, Nabız, Solunum, Arteryal Tansiyon) takibi yapılacağı katılımcıların çoğunlu tarafından bilinmektedir. Ancak bu bilgi preoperatif eğitim sırasında elde edilebileceği gibi arkadaş çevresi ya da hastaneye yatırılınca bunun rutin ve sık uygulanan bir işlem olduğunun bilinmesinden kaynaklanabilir. Dolayısıyla bilginin ne şekilde edinildiği açık değildir.

Araştırmada kadınlar, ameliyattan önce serum ve idrar sondası takılacağını büyük oranda “biliyorum” şeklinde yanıtlarken, serumun ve idrar sondasının neden takıldığını daha düşük oranda “biliyorum” şeklinde yanıtlamışlardır. Serumun ne kadar süre takılı kalacağını ve ameliyattan sonra idrar sondasının ne zaman çekileceğini ise katılımcıların yarısından azı “biliyorum” şeklinde yanıtlamışlardır(Ek 4A). Beslenmeye ne zaman başlayacağı sorusu da hastaların genellikle merak ettikleri ve klinik alanda da sıkça karşılaşılan sorulardan birisidir. Araştırmada ameliyattan sonra ne zaman yemek yiyebileceğini, katılımcıların yaklaşık yarısının biliyorum şeklinde yanıtlaması diğer konularda olduğu gibi yetersiz bilgilendirildikleri ya da hiç bilgilendirilmediklerini göstermektedir. Güler & Taşkın (2001) çalışmasında kadınların en az doğru yanıt verdikleri bilgi sorusu ameliyat öncesi yapılacak hazırlıklar ve uygulamalar (%22.6) ile ameliyat sonrası iyileşmesini hızlandıracak uygulamalar (%19.4) olarak bulunmuştur. Oysa hemşire, serum ve idrar sondası takılması gibi preoperatif uygulamalar ile derin solunum, öksürme gibi postoperatif komplikasyonları önlemeye yönelik uygulamalar ve bunların uygulanma nedenlerini hastaya açıklamalıdır(McKinney et al., 2000; Olds et al., 2000).

Bir çok kadının sezaryeni tercih etmesinin en önemli nedeni uzun dönemde uterus, mesane ve diğer abdominal organları destekleyen pelvik taban kaslarını koruma olduğuna inanılmasıdır. Sezaryen doğum spontan vaginal doğumla karşılaştırıldığında uzun dönemde pelvik taban hastalıklarını azaltmada tam olarak koruyucu olup olmadığı açık değildir(Minkoff & Chervenak, 2003). Hatta üriner inkontinans gelişiminde sezaryenin kısa dönem koruyucu etkisi üç sezaryenden sonra kaybolur(Leeman, 2005). Bununla birlikte üriner ve fekal inkontinans, pelvis organlarının prolapsusu ve cinsel disfonksiyon insidansı vaginal doğum sonrası daha yüksektir(Harer, 2003). Katılımcıların yarısından azının sezaryen doğumun pelvis organlarının prolapsusunu engellediğini ve stres inkontinansı önlediğini bildiğini ifade etmesi, katılımcıların sezaryen kendi tercihleri olsa bile sezaryen tercihinin bu yararlar dikkate alınarak yapılmadığını düşündürmektedir.

Gebelerin normal vaginal doğum konusunda yeterince bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumdan korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, doğum yapan kadınlar için psikolojik desteğin gözardı edilmesi, doğumda epidural anestezinin yaygın olarak kullanılmaması, kadınların sezaryeni tercih etmelerine ve hekimler üzerinde bu yönde baskı yapmalarına neden olmaktadır(Boran ve diğ., 1999). Elektif sezaryen ile doğum ağrısından kaçınılması olasıdır ancak postoperatif cerrahi ağrı çoğu zaman gözardı edilen bir durumdur(Penna & Arulkumaran, 2003). Çünkü sezaryenle doğum yapan kadınlar normal doğum yapan kadınlara göre doğumun ilk günü ve sonraki haftalarda daha şiddetli ve uzun süren ağrı ile yüzleşmekte, hareket sınırlanmakta ve iyileşme gecikmektedir(Keogh et al., 2005; www.maternitywise.org). Miovech et al. (1994) çalışmasında sezaryenden sonra ikinci haftada en sık bildirilen sorunlar ağrıyla ilgili sorunlardır. Başka bir çalışmada doğumdan altı hafta sonra uzun dönem insizyonel ağrı şikayeti vaginal doğumdan sonra sadece %2 iken, sezaryenden sonra %7 olarak bulunmuştur(Leslie, 2004). Araştırmada katılımcıların dörtte üçünden fazlası “sezaryenle doğumda normal doğumda görülen ağrıları çekmeyeceğinizi biliyor

musunuz?” şeklindeki soruya “biliyorum” şeklinde yanıtlamışlardır(Ek 5A). Benzer şekilde araştırmaya katılanlar operasyondan sonra ağrısı olacağını ve ağrısı olduğunda ağrı kesici uygulanacağını büyük oranda bilmektedirler(Ek 4B). Araştırmaya katılanlar normal doğum ağrısından kurtulmak için sezaryeni tercih ediyor olsalar bile postoperatif ağrı yaşayacaklarının farkındadırlar.

Sezaryen doğumun anne bebek ilişkisi üzerine olumsuz bir etkisi yoktur(Sachs, 2004). Araştırmaya katılanların yarısından fazlası sezaryenin anne bebek ilişkisi üzerine olumsuz etkisi olmadığını bildiğini ifade etmişlerdir. Ancak sezaryenle doğum yapan kadınlar kendilerinin ve bebeklerinin bakımını sağlamada zorluk yaşamakta, kendisi ve bebeğinin bakımı için arkadaş ya da aile üyelerinin yardımına gereksinim duymakta ve dolayısı ile başkalarına bağımlı olmaktadır(MacCorkle, 2004; Penna & Arulkumaran, 2003). Aynı zamanda kadınlar operasyon sonrası ağrı ve rahat hareket edilememesi gibi hem anneden hem de bebekten kaynaklanan problemlerden dolayı bebeklerini emzirmede zorlanmaktadır. Sezaryenin bu olumsuz yönü katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından bilinmektedir(Ek 5B). Hemşireler, emzirmeye başlama ve sürdürmede ve yeni anne olanlara güven sağlamada önemli rol oynarlar. Özellikle ilk kez anne olanlar için ilk birkaç beslenmede eğitim ve cesaretlendirme kritik bir süreçtir. Hemşirelerin tavır ve davranışları özellikle hastanede kaldıkları postpartum dönemde annelerin emzirme deneyimleri üzerinde negatif ya da pozitif etkiye sahip olabilir(Hong et al., 2003). Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı “Bebeğini beslerken nelere dikkat etmesi gerektiğini” ve “Emzirirken daha çok ağrı hissedebileceğini ve bunun normal olduğunu” bildiğini ifade etmişlerdir(Ek 4B). Ancak bu oran hemşirelerin bilgi verme rolü ve bunun emzirme üzerine etkisi göz önüne alındığında istenen bir sonuç değildir.

Sezaryen, endikasyonlarından biri prezentasyon bozukluğunun olduğu durumlardır. Doğum travmasından dolayı makat prezentasyonla ilişkili fetal mortalite ve morbiditede artma vardır(Breslin & Lucas, 2003). Travmanın uzaması nedeniyle fetal distress gelişmesi olasılığı yüksektir. Bebeğin hayatının tehlikede olduğu bu tür durumlarda sezaryen hayat kurtarıcıdır. Çalışmada katılımcılar sezaryenin bu avantajını genellikle bilmektedirler(Ek 5A). Sezaryen bu avantajının yanı sıra fetal sağlık üzerine uzun dönem etkilere sahip, gestasyonel yaşın değerlendirilmesinde hata yapılmasına bağlı preterm doğum, bistüri ile kesilme sonucu oluşan fetal kesi yaralanmaları, solunum problemi gelişimi ve solunum resusitasyonu riskinde artma gibi olumsuz etkilere de sahiptir. Sezaryenle doğan yenidoğanlarda solunum problemleri görülme riski vaginal yolla doğanlara göre 5 kat daha fazladır(Leslie, 2004). Bu nedenle tüm gebe kadınlara 39 haftadan önce uygulanan sezaryenlerde yenidoğanda resusitasyon riskinde artma olduğu ile ilgili bilgi verilmelidir(Zanardo et al., 2004). Araştırmada sezaryenle doğum yapan kadınların, sezaryenle doğan bebeklerde normal doğanlara göre solunum problemleri görülme riskinin yüksek olduğunu, gebelik haftasının yanlış değerlendirilmesine bağlı erken doğum yapılabileceğini ve ameliyat sırasında yanlışlıkla bebekte kesiklerin meydana gelebileceğini bildiğini ifade eden katılımcıların oranı oldukça düşüktür(Ek 5B). Bu sonuçlar kadınların sezaryenin bebek üzerine olan olumsuz etkileri konusunda yeterince bilgilendirilmediklerini düşündürmektedir.

Araştırmada sezaryen nedeniyle enfeksiyon gelişme riski annelerin dörtte üçü tarafından bilinmektedir. Ancak katılımcıların yaklaşık yarısı sezaryen doğumun büyük ameliyatlar içinde yer aldığını ve sezaryen doğumun karın bölgesinden yapılan diğer ameliyatlar kadar riskli olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir(Ek 5B). Bu sonuç sezaryenin günümüzde yaygın olarak uygulanan bir operasyon olmasına bağlanabilir. Bunun yanında uygulama bölgesinin üriner ve gastrointestinal alana yakın olması nedeniyle abdominal operasyonların tümünde görülebilecek olan barsak ya da idrar yollarının zedelenmesi araştırmaya katılanların sadece üçte biri tarafından bilinmekte olup, çoğunluk bu riskten habersizdir.

Sezaryen geçiren kadınlar sonraki gebeliklerinde, anne ve fetüsün sağlık ve yaşamını tehlikeye sokan plasenta previa, plasentanın morbid yapışıklığı ve ayrılmaya neden olabilen plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasental anomalilerin görülme olasılığında artmadan dolayı daha büyük risklerle de yüzleşirler. Her gebelikte bu risk daha da artmaktadır(Terhaar, 2005; Leslie, 2004). Bunun dışında sezaryen düşük ve ektopik gebelik oluşumunda etkili olduğu kadar sekonder infertilite gibi kadının fertilitesi üzerinde de negatif bir etkiye sahiptir(Leslie, 2004; MacCorkle, 2004). Anne ve fetüsün yaşamını tehlikeye sokan plasental anomaliler ve fertilitate üzerine etkisi kadınların yaklaşık onda biri tarafından bilinmektedir(Ek 5B). Kadının fertilitate yeteneğinin kaybı gibi ciddi sonuçlara neden olan histerektomi ile sonuçlanabilen aşırı kan kaybı ve öncü belirtileri hakkında bilinçlendirilmediği görülmektedir. Bunun yanında kadınların, sezaryenin fertilitate üzerine etkisi ve sonraki gebeliklerde yaşanabilecek plasental anomaliler hakkındaki bilgilerinin son derece az olduğu görülmektedir.

Sezaryen hastanede kalma süresinin uzun olması, komplikasyonlar nedeniyle yeniden hastaneye yatmanın söz konusu olması, uygulamada daha fazla personele (bir cerrah, yardım için ikinci bir doktor, anestezi uzmanı, hemşire) gereksinim duyulması ve malzeme ve ilaç kullanımında artmadan dolayı normal doğuma göre daha pahalı bir uygulamadır. Aynı zamanda bir kez sezaryen olunca diğer doğumların da genellikle sezaryenle gerçekleştiriliyor olması maternal mortalite ve morbiditede artmaya neden olmakta, maliyeti daha da artırmaktadır(Makoha et al., 2004; Artıran-İğde, 2004). Bu durum aslında bilinen bir gerçektir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların neredeyse tamamı sezaryenin normal doğuma göre daha pahalı bir uygulama olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir(Ek 5B).

Özel hastanede doğum yapan kadınlar hem sezaryen öncesi ve sonrası işlemleri bilme hem de sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmede üniversite hastanesinde doğum yapan kadınlardan daha yüksek puan almalarına karşın gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç, üniversite hastanesinde toplam kalite yönetimi çalışmalarının olması, özel hastanede de özel olması nedeniyle birey merkezli bakım ve hasta memnuniyetinin dikkate alınmasından dolayı benzer hizmet sunulmasına bağlanabilir(Tablo 4.3.2 ve Tablo 4.4.2).

Yaş, kadınların doğum öncesi bakım almasında/bakımı talep etmesinde etkili bir faktördür. Özbaşaran & Yanikkerem (2004)'in çalışmasında 20 yaş altındaki annelerin daha az doğum öncesi bakım aldıkları, Mucuk & Güler (2002)'in çalışmasında ise 15-19 yaş ve 35 yaş üzerindeki kadınların doğum sonu bakım beklentilerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Annelerin sezaryen öncesi ve sonrası işlemler ve sezaryenin avantaj ve dezavantajları hakkında bilgi sahibi olmada yaşın etkisi incelendiğinde, yaş ilerledikçe bilgi düzeyinde artma olduğu ancak 35 yaş üzerinde alınan ortalama puanın 30-34 yaş grubundan düşük olduğu görülmektedir(Tablo 4.3.3 ve Tablo 4.4.3). Bunun nedeni küçük yaştaki kadınların yeterli sağlık bilincinin oluşmaması ve gereksinimlerinin farkında olmamaları, ileri yaşlarda ise daha önceki deneyimler nedeni ile daha bilgili ve daha az desteğe ihtiyacı olduklarını düşünmeleri olabilir(Mucuk & Güler, 2002). Bu veriler doğrultusunda hemşireler, bakım ve eğitim planlarken özellikle ana-çocuk sağlığı açısından riskli olan 20 yaş altı adölesanlar ile 35 yaş üstü olan ileri yaş olarak izlenen kadınları öncelikle dikkate almalarının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Eğitim, katılımcıların sezaryen hakkında bilgi sahibi olma durumlarını etkileyen önemli bir faktör olup, kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe bilme durumlarının da yükseldiği görülmektedir(Mucuk & Güler, 2002). Baybek ve ark. (2003) çalışmasında öğrenim düzeyi arttıkça bilgi puan ortalamasında da artma olduğu ve en yüksek bilgi puan ortalamasını üniversite düzeyinde eğitime sahip olan kadınların aldığı bulunmuştur. Benzer şekilde Özbaşaran & Yanikkerem (2004) ve Çetin ve ark. (2005)'in çalışmalarında, kadının eğitim düzeyi arttıkça gebelik izlem ve doğum öncesi bakım alma sıklığının arttığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da sezaryen öncesi ve sonrası işlemler ve sezaryenin avantaj ve dezavantajlarıyla ilgili olarak üniversite ve üstü bir eğitime sahip olan katılımcıların en yüksek ortalama puana sahip oldukları, lise ve üniversite düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların ise genel ortalamanın üzerinde puan aldıkları görülmektedir(Tablo 4.3.4 ve Tablo 4.4.4). Üniversite ve üstü eğitime sahip olanların yüksek puana sahip olması gereksinimlerinin farkında olmaları ve karşılama yoluna gitmelerinden kaynaklanabilir. Eğitim, bilme, öğrenme ve buna yönelik beklentide bulunma da etkili bir değişkendir. Annelerin eğitim düzeyinde artma, aynı zamanda kitap okuma, internet olanaklarına ulaşma gibi bilgi edinme kaynaklarının çoğalmasına, böylece annelerin bilinçlenmesine ve beklentilerde farklılaşmaya neden olmaktadır.

Araştırmada katılımcılardan ev dışında ücretli bir işte çalışanların sezaryen öncesi ve sonrası işlemler ve sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeye yönelik sorulardan genel ortalamanın üzerinde puan aldıkları ve daha fazla bilgiye sahip oldukları görülmektedir(Tablo 4.3.5 ve Tablo 4.4.5). Ekonomik faaliyet, özellikle gelir üzerinde söz sahibi olduğu durumlarda, kadınların statülerinin iyileşmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir(www.hips.hacettepe.edu.tr). Kadının çalışma hayatına katılması, sosyalleşmesine daha fazla kişi ile iletişim kurmasına, sosyal faaliyetlere katılmasına ve farkındalık oluşmasına neden olmaktadır.

Araştırmamızda annelerin önceki doğum öyküsünün bilgi sahibi olmalarında etkili olduğu öncesinde sezaryenle doğum yapmış annelerin normal doğum yapanlar ya da hiç doğum yapmamış annelere göre önemli düzeyde sezaryen hakkında daha

fazla bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Öğrenme, bireyin davranışlarında değişiklik yaratan, yeni bilgi ve anlayış elde etme süreci veya bilgi ve becerilerin kazanılması süreci olarak tanımlanır(Elden, 2003). Başka bir ifade ile öğrenme, başarılı ya da başarısız olarak ifade edilebilecek tecrübelerden kaynaklanan davranışlarda gözlenebilen kalıcı değişimlerdir. Dolayısı ile bir yaşam deneyimi olan önceki doğum öyküsü, kadının bilgi sahibi olmasında etkilidir. Ancak sezaryen ilk deneyim de olabilir. Daha önce normal doğum yapmış olan kadınlarla ilk kez sezaryen olan kadınlar hem sezaryen öncesi ve sonrası işlemler hem de sezaryenin avantaj ve dezavantajlarından genel ortalamanın altında puan almışlardır(Tablo 4.3.6 ve Tablo 4.4.6). Bu bulgu annelerin bilgilerinin en önemli kaynağının sezaryeni “tecrübe” etmek olduğunu ortaya koymaktadır. Çetin ve ark. (2005) çalışmasında doğum sayısı arttıkça doğum öncesi bakım alma durumunun azaldığı bulunmuştur. Kadınların sezaryeni anlaması ve öğrenmesi için sezaryen olmaları beklenemez. Bu durumda hemşireler anne adaylarına eğitim yoluyla bilgi edinebilmeleri için yol göstermeli ve sezaryene hazırlık için uygun koşulları sağlamalıdır. Özellikle ilk kez anne olacak kadınlar, hiçbir deneyime sahip olmadıkları için hem kendisi hem de bebeklerinin bakımı konusunda endişe yaşayabilir ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyabilirler. Ancak daha önce sezaryenle doğum yapmış olan kadınların her zaman yeterli bilgiye sahip olduğu düşünülmemeli, önceki gebelik ve doğumlarında yetersiz bakım almış olabilecekleri de gözönünde bulundurulmalıdır. Sezaryenle doğum yapmış olan bazı kadınlar postoperatif iyileşme periyodundaki deneyimlerinden dolayı kaygılanabilir. Bunlardan en belirginini ağrıdır. Bilgi verme ağrıya neden olan stres uyaranları ile daha etkili başa çıkmada kadına olanak sağlayacaktır. Hemşire daha önce sezaryen deneyimine sahip olan kadına ağrıyla nasıl başa çıkacağını, nasıl önleyeceğini ya da hafifleteceğini hatırlatabilir(Olds et al., 1992).

Sezaryen acil uygulandığı durumlarda operasyonu ve uygulamaları açıklama zamanı kısadır. Anne ve ailenin anksiyete düzeyi de yüksek olduğundan söylenenleri unutulabilir ya da yanlış anlayabilirler(Wong et al., 2002). Planlı yapılan sezaryen ise kadının operasyona hazırlanmasına olanak sağlar. Kadının kendini operasyona hazır hissetmesi, operasyon geçireceğini öğrenme zamanı ile de ilişkilidir. Kadının sezaryen olacağını öğrenme zamanı operasyona vereceği cevabı ve uyumu etkiler. Sezaryenle doğum yapacağını önceden bilen kadın ve ailesinin, geçmiş deneyimlerini ifade etme, kendilerine verilen yeni bilgileri analiz/sentez etme ve doğuma hazırlanmak için yeterli zamanları vardır(Olds et al., 2000). Öncesinde olumsuz deneyime sahip olanlar bunların neler olduğunu ifade etme ve anksiyete veya korku yaşıyorsa bunları tartışma fırsatı bulabilirler(Olds et al., 1992). Erdoğan ve ark. (1991)'in çalışmasında katılımcıların %43.93'ü sezaryen olacaklarını sancıları başlayınca öğrendiklerini ve korktuklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada ise katılımcıların yaklaşık yarısı sezaryen olacağını başından beri bilmektedir(Tablo 4.1.3). Sezaryen olacağını öğrenme zamanının katılımcıların bilme durumlarını etkilediği, gebeliğin başlangıcından beri sezaryen olacağını bilen katılımcıların puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 4.3.8 ve Tablo 4.4.8). Buna karşın sezaryen ile doğum yapacağını son trimesterde öğrenenlerin sezaryene hem psikolojik hem de fizyolojik hazırlık için yeterli zamanları olmasına karşın, son anda öğrenenlere göre bir farklarının olmaması araştırmanın ilginç bir sonucudur. Diğer taraftan sezaryenin dezavantajlarını bilmede hiçbir grubun birbirinden farklı olmaması kadınların sezaryenin avantajları konusunda

bilgilendirilirken, dezavantajları hakkında yeterince bilgilendirilmediklerini gösterir. Bu durum bize kadınların sezaryene ilişkin bilgi talep etmediklerini, sağlık personelinin de bu alanda hizmet sunmadığını düşündürmektedir. Kutku & Çetinkaya (2004)'nın çalışmasında da hemşirelerin %60.6'sının sadece hasta ve yakınları soru sorduğu zaman bilgi verdikleri bulunmuştur.

Araştırmada sezaryen hakkında bilgi sahibi olduğunu ve kendisini sezaryen doğuma hazır hissettiğini ifade eden katılımcılar hem sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilme hem de sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme ile ilgili sorulardan gene ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Sezaryen hakkında bilgi sahibi olma ve sezaryen hazır hissetme arasında pozitif bir ilişki vardır. Her ne kadar doktorlar ve hemşireler her bir hastanın özel sorununu tartışmak için yeterli zamanları olmadığını düşünerek hastaya bilgi sağlamada isteksiz olsalar da (Lithner & Zilling, 2000) bunun hasta için önemi ve olumlu getirileri göz ardı edilemez.

SONUÇLAR

Sezaryenle doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1- Katılımcıların yaşları 16-45 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 28.5 (± 5.15)'tir. Katılımcıların büyük bölümünün (%83.6) 21-34 yaşlar arasında olduğu görülmektedir. Annelerin %37.5'i üniversite ve üzeri bir eğitime sahip olup, %69.1'i çalışmamaktadır. Ancak sosyal güvenceye sahip olanların oranı %84.9'dur(Tablo 4.1.1).

2- Katılımcıların %49.3'ünün ilk gebeliğidir. İki ya da daha fazla gebelik yaşamış olanların %50.6'sının önceki doğumlarını vaginal yolla gerçekleştirmişlerdir. Katılımcılardan sadece biri doğum öncesi bakım almazken, doğum öncesi bakımın alındığı kurumlar benzer dağılım göstermiştir(Tablo 4.1.2).

3- Katılımcıların %48'i doğumlarının sezaryen ile olacağını başından beri bilirken, %26.3'ü son anda öğrenmiştir(Tablo 4.1.3).

4- Katılımcıların sezaryen olma nedenlerinden ilk üç sırada doğum öncesi anne (%24.3) ve bebekle (%22.4) ilgili sorunlar ve kadının sezaryeni kendisinin tercih etmiş olması (%21.1) yer almaktadır(Tablo 4.1.3).

5- Sezaryen doğum kendi tercihi olan katılımcıların, %87.5'i 21-34 yaşları arasında, %50.0'si üniversite ve üstünde bir eğitime sahip, %56.2'si çalışmıyor, %84.4'ü sosyal güvenceye sahip ve %71.9'u doğumunu özel hastanede gerçekleştirmiştir(Tablo 4.1.4).

6- Katılımcıların yaklaşık yarısı (%52) sezaryen hakkında bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Hekim (%39.2) en önemli bilgi edinme kaynağı olarak gösterilmiş olup, bunu kitap-dergi, internet ve arkadaş çevresi takip etmektedir(Tablo 4.2.1).

7- Katılımcıların %52'si kendini sezaryen doğum için hazır hissetmediğini ifade etmiştir(Tablo 4.2.2).

8- Bilgi sahibi olma ile sezaryene hazır hissetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(Tablo 4.2.3).

9- Sezaryen doğuma hazır olmadığını ifade eden katılımcıların %58.2'si nedeni olarak ilk sırada bilgi almamış olmayı göstermişlerdir(Tablo 4.2.4).

10- Katılımcıların sezaryene ilişkin en önemli iki korku ve endişe nedeni ameliyat korkusu (%58.3) ve ölüm/uyanamama (%27.1)'dir(Tablo 4.2.5 ve Tablo 4.2.6).

11- Katılımcıların operasyon öncesi yapılacak işlemleri (operasyondan 8-12 saat öncesinden aç kalma, takı, oje varsa çıkarılması, serum ve idrar sondası takılacağı, vb.) genellikle bildikleri ancak bunların neden yapıldığı (serum ve idrar sondasının neden takıldığı, solunum jimnastiğinin nasıl yapıldığı gibi) ve ne kadar devam edeceği hakkında daha az bilgi sahibi oldukları bulunmuştur(Ek 4A). Benzer şekilde komplikasyonların erken tanınması amacıyla yapılan vital bulgu, kanama miktarı ve kanama kontrolü hakkında da daha az bilgiye sahip oldukları bulunmuştur(Ek 4B).

12- Katılımcılar sezaryen öncesi işlemler ile ilgili sorulardan genel olarak ortalama 2.31 ± 0.44 , alt gruplar olan operasyon öncesi işlemlerden 2.29 ± 0.46 ve operasyon sonrası işlemlerden ise 2.33 ± 0.49 puan almışlardır(Tablo 4.3.1).

13- Özel hastanede doğum yapan kadınlar üniversite hastanesinde doğum yapan kadınlardan daha yüksek puan almışlardır. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo 4.3.2).

14- Yaş ilerledikçe sezaryene hazırlığa ilişkin alınan ortalama puanda artma olduğu, ancak 35 yaş ve üstünde olan grupta bir alt gruba göre ortalama puanda düşme olduğu bulunmuştur(Tablo 4.3.3).

15- Eğitim düzeyi yükseldikçe sezaryene ilişkin bilme durumunda artma olduğu bulunmuştur(Tablo 4.3.4).

16- Çalışan kadınların sezaryen öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilmeye ilişkin daha fazla bilgi sahibi oldukları ve genel ortalamanın üzerinde puan aldıkları saptanmıştır(Tablo 4.3.5).

17- Daha önce sezaryenle doğum yapmış olan kadınların ilk kez doğum yapan ve daha önce normal vaginal doğum yapmış kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur(Tablo 4.3.6).

18- Sezaryen hakkında bilgisi olduğunu ifade eden katılımcıların buna paralel olarak sezaryene hazırlığa ilişkin sorulardan daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur(Tablo 4.3.7).

19- Doğumun sezaryen ile gerçekleşeceğini başından beri bilen katılımcılar, son trimesterde ve son anda öğrenenlere göre daha yüksek puan almıştır. Doğumun sezaryenle olacağını öğrenme zamanı ile sezaryen bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır(Tablo 4.3.8).

20- Kendini sezaryen doğum için hazır hissettiğini ifade eden katılımcılar hem sezaryene hazırlık genel hem de alt gruplarından sezaryene hazır hissetmediğini ifade eden katılımcılara göre daha yüksek puan almışlardır(Tablo 4.3.9).

21- Sezaryenle doğum yapan kadınlar “operasyondan sonra gaz çıkarmada ve büyük tuvaletini yapmada zorluk yaşayabileceği”, “normal doğuma göre iyileşme sürecinin uzun olduğunu”, “bir kez sezaryen olunca diğer doğumların da genellikle sezaryenle olması gerektiğini”, “sezaryenle doğum yapan annelerin bebeklerini emzirmede zorlanabileceklerini” ve “normal doğuma göre pahalı bir uygulama olduğu” şeklindeki sorulara yüksek oranda biliyorum olarak yanıtlarken, “sezaryen doğumdan sonra düşük, dış gebelik veya kısırlık oluşma riskinin bulunduğu”, “ameliyat sonrası damar iltihabı gibi sorunlarla karşılaşabileceği”, “ameliyat olmam nedeniyle kendimde akciğer sorunu ortaya çıkma olasılığının olduğu”, “geçirdiğim ameliyata bağlı sonraki gebeliklerimde plasentanın yerleşimi ile ilgili sorunlar yaşayabileceği”, “ameliyat sırasında yanlışlıkla bebekte kesiklerin meydana gelebileceği” ve “sezaryen ameliyatında yanlışlıkla barsak ya da idrar yollarının zedelenme riskinin bulunduğu” şeklindeki sorulara daha düşük oranda biliyorum yanıtı vermişlerdir(Ek 5B).

22- Katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilmeden genel olarak 2.13 ± 0.38 , sezaryenin avantajlarını bilme alt grubundan 2.37 ± 0.53 ve sezaryenin dezavantajlarını bilme alt grubundan 2.04 ± 0.38 puan almış olup, sezaryenin avantajlarına ilişkin daha fazla bilgi sahibi olduklarını bulunmuştur(Tablo 4.4.1).

23- Üniversite Hastanesi ve Özel Hastanede doğum yapan katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajları genel ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamaları benzer bulunmuş olup, her iki hastanede de kadınların sezaryenin avantajları konusunda daha fazla bilgi sahibi olduklarını bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo 4.4.2).

24- Yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu arttıkça sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme durumunda da artma vardır(Tablo 4.4.3, Tablo 4.4.4, Tablo 4.4.5).

25- Daha önce sezaryenle doğum yapmış olmanın sezaryenin avantaj ve dezavantajları hakkında bilgi sahibi olmada etkilidir. Doğum öyküsü ve bilgi sahibi olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır(Tablo 4.4.6).

26- Sezaryen hakkında çeşitli kaynaklardan bilgi edindiğini ifade eden katılımcıların sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme bakımından diğer gruba göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur(Tablo 4.4.7).

27- Sezaryenle doğum yapacağını son trimesterde öğrenenler ile son anda (son gün/son birkaç saat) öğrenenler arasında sezaryenin avantaj ve dezavantajlarını bilme açısından bir fark olmadığı, alınan puanların da genel ortalamasının altında olduğu bulunmuştur(Tablo 4.4.8).

28- Sezaryen doğuma hazır olduğunu ifade eden katılımcıların buna paralel olarak sezaryene hazır olmadığını ifade eden katılımcılara göre daha fazla bilgi sahibi oldukları ve daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur(Tablo 4.4.9).

ÖNERİLER

Sezaryenle doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda uygun önerilerde bulunulmuştur.

Özellikle alanda hizmet sunan sağlık bakımı çalışanları (ebe/hemşire) tarafından anne adayları yapılan düzenli ziyaretlerle ya da prenatal hazırlık sınıfları oluşturulması yoluyla, gebeliğin başlangıcından itibaren doğuma hazırlanmalı, doğuma hazırlık sezaryen ve normal doğumun avantajlarının yanı sıra dezavantajlarını da içermeli,

Gebelik ve doğuma ilişkin bilgilendirmede anne adayının yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sezaryenle doğum yapacağını öğrenme zamanı ve gebelik/doğum öyküsü gibi bilgi düzeyi üzerinde etkili olduğu bilinen değişkenler dikkate alınmalı ve bu doğrultuda belirlenen gereksinimlere göre eğitim düzenlenmeli,

Kitap ve broşürün ikinci sırada bilgi edinme kaynağı olması nedeniyle sezaryen olacak kadınların hazırlığına yönelik broşür, kitapçık gibi yazılı materyaller oluşturularak, gebelere olabildiğince erken verilmeli, böylece anlamadıkları ya da endişe ettikleri konuları tartışmalarına olanak sağlanmalı,

Bilgi düzeyi arttıkça sezaryene hazır hissetmede de anlamlı bir artış olduğundan tüm sezaryen adaylarının preoperatif hazırlığını garanti altına alacak önlemler alınmalı,

Araştırmanın sonuçlarının sağlık hizmeti sunan kurumlarla paylaşılmalı ve bu ihtiyacın karşılanmasına yönelik girişimler hayata geçirilmeli,

Hemşire ve ebelerin sezaryene ilişkin bilgi edinilen kaynaklar içinde hiç yer almamasının nedeni araştırılmalı, hemşirelerin kadınları sezaryene hazırlamada etkinliğini artıracak önlemler alınmalı,

Bu çalışma sezaryen nedeni dikkate alınmadan yapılmıştır. Benzer bir çalışma sezaryen doğum kendi tercihi olan kadınlarla yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Olds, S. B., London, M. L., Wieland Ladewing, P. A. (2000). Maternal-Newborn Nursing. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. pg: 673-676.
2. Leslie, M. S. (2004). Counseling Women About Elective Cesarean Section. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(2): 155-159.
3. Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2002). Sezaryen ile Doğumlar Artıyor. STED, 11(8): 286-288.
4. Terhaar, M. (2005). The Decision For Cesarean Birth. The Journal For Nurse Practitioners, 1(3): 141-147.
5. Simpson, K. R., Thorman, K. E. (2005). Obstetric "Conveniences" Elective Induction Of Labor, Cesarean Birth On Demand, And Other Potentially Unnecessary Interventions. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19(2): 134-144.
6. Fugh-Berman, A. (2004). The Death Of Vaginal Birth. The Women's Health Activist, 29(1): 11.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü: Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, Erişim (on-line) at.<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce>
8. Pernoll, M. L. (1994). Çeviri Editörü: F. Saraçoğlu. Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi. Cilt 2. İstanbul: Barış Kitabevi, 694-709.
9. Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (6. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
10. Penna, L., Arulkumaran, S. (2003). Cesarean Section for Non-Medical Reasons. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 82(3): 399-409.
11. Hildingsson, I., Radestad, I., Rubertsson, C., Waldenstrom, U. (2002). Few Women Wish To Be Delivered Cesarean Section. BJOG, 109(6): 618-623.
12. Mckinney, E. S., Ashwill, J. W., Murray, S. S., James, S. R., Gorrie, T. M., Droske, S. C. (2000). Maternal Child Nursing. Philadelphia: W.B.Saunders Company. Pg: 465-472.

13. McFarlin, B. L. (2004). Elective Cesarean Birth: Issues And Ethics Of An Informed Decision. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(5): 421-429.
14. MacCorkle, J. (2004). Position Statement: Elective Cesarean Sections Riskier Than Vaginal Birth For Babies and Mothers. Erişim (online) at <http://www.ican-online.org/resources/white-papers>
15. Chamberlain, G., Ster, P. (1999). ABC Of Labour Care: Operative Delivery. *British Medical Journal*, 318(7193): 1260-1264.
16. Wagner, M. (2000). Choosing Caesarean Section. *The Lancet*, 356(9242): 1677-1680.
17. Paterson-Brown, S., Amu, O., Rajendran, S., Bolaji, I. I. (1998). Controversies In Management: Should Doctors Perform An Elective Caesarean Section On Request? *British Medical Journal*, 317(7156): 462-465.
18. Oetker-Black, S. L., Jones, S., Estok, P., Ryan, M et al. (2003). Preoperative Teaching And Hysterectomy Outcomes. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal*, 77(6): 1215-1231.
19. Güler, H., Taşkın, L. (2001). Histerektomi Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkan Sorunlarla Baş Etmede Planlı Öğretimin Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2): 9-18.
20. Erdil, F., Elbaş, N. Ö. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. (Dördüncü Baskı). Ankara: Aydoğdu Ofset.
21. Lee, D. S., Chien, W. T. (2002). Pre-Operative Patient Teaching In An Acute Care Ward In Hong Kong: A Case Study. *Contemporary Nurse*, 13(2): 271-280.
22.(2006). Cesarean section—a brief history. Erişim (online) at <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/cesarean-4.html>
23. Lurie, S., Glezerman, M. (2003). The History Of Cesarean Technique. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 189(6): 37-38.
24. Turner, M. J. (1997). Delivery After One Previous Cesarean Section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(4): 741.
25. Ofir, K., Sheiner, E., Levy, A., Katz, M., Mazor, M. (2003). Uterin Rupture: Risk Factors And Pregnancy Outcome. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 189(4): 1042-1046.
26. Remsberg, K. E., Mcfarland, K. F., Mckeown, R. E., Laura S. Irwin, L. S. (1999). Diabetes In Pregnancy And Cesarean Delivery. *Diabetes Care*, 22(9): 1561-1567.

27. Hopkins, K. (2000). Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver By Cesarean? *Social Science & Medicine*, 51(5): 725-740.
28. Potter, J. E., Berquo, E., Perpetuo, I. H. O., Leal, O. F. et al. (2001). Unwanted Cesarean Sections Among Public And Private Patients In Brazil: Retrospective Study. *British Medical Journal (International Edition)*, 323 (7322): 1155-1159.
29. Koç, İ. (2003). Increased Cesarean Section Rates In Turkey. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(1): 1-10.
30. Murta, E. F. C., Nomelini, R. S. (2004). Is Repeated Caesarean Section A Consequence Of Elective Caesarean Section? *The Lancet*, 364(9435): 649-650.
31. Gamble, J. A. Creedy, D. K. (2001). Women's Preference For A Cesarean Section: Incidence And Associated Factors. *Birth*, 28(2) 101-110.
32. Fabri, R. H., Murta, E. F. C. (2002). Socioeconomic Factors And Cesarean Section Rates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76(1): 87-88.
33. Leeman, L. (2005). Patient-Choice Cesarean Delivery. *American Family Physician*, 72(4): 697-705.
34. Saisto, T., Halmesmaki, E. (2003). Fear Of Childbirth: A Neglected Dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(3): 201-208.
35. Buhimschi, C. S., Buhimschi, I. A. (2006). Advantages Of Vaginal Delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 49(1): 167-183.
36. Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., Rydhstrom, H. (1998). Fear of Childbirth During Pregnancy May Increase The Risk Of Emergency Cesarean Section. *Obstet Gynecol Scand*, 77(5): 542-547.
37. Boran, B., Türker, A., Ekiz, M., Dündar, Ö. (1999). Sezaryen Oranları: Bizde Ne Durumda?. *İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 3: 170-173.
38. Önderoğlu, L., Deren, Ö., Ayhan, A., Gürkan, T. (1999). Vaginal Doğum Mu?, Sezaryen Mi?, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 30(1): 61-65.
39. Maternity Center Association (2004). What Every Pregnant Woman Needs To Know About Cesarean Section. New York, www.maternitywise.org/cesareanbooklet/
40. Keogh, E., Hughes, S., Ellery, D., Daniel, C., Holdcroft, A. (2005). Psychosocial Influences On Women's Experience Of Planned Elective Cesarean Section. *Psychosomatic Medicine*, 68(1):167-174.

41. Richman, S., Harer, W. B. (2003). Patient, doctor should discuss delivery options. Ethics forum, Erişim (online) at. <http://www.ama-assn.org/amednews/2003/col03.htm>
42. Baytur, Y. B., Deveci, A., Uyar, Y., Özçakır, H. T., Kızılkaya, S., Çağlar, H. (2005). Mode Of Delivery And Pelvic Floor Muscle Strength And Sexual Function After Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88(3): 276-280.
43. Geor, H. (2001). The Case Against Elective Cesarean Section. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 15(3) 23-38.
44. Mitler, L. K., Rizzo, J. A., Horwitz, S. M. (2000). Physician Gender And Cesarean Sections. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(10): 1030-1035.
45. Al-Mufti, R., McCarthy, A., Fisk, N. M. (1996). Obstetricians' Personal Choice And Mode Of Delivery. *The Lancet*, 347(9000): 544.
46. Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G., Blackstone, J. (2005). Patient Choice Cesarean-The Maine Experience. *Birth*, 32(3): 203-206.
47. Geary, M., Wilshin, J., Persaud, M., Hindmarsh, P. C., Rodeck, C. H. (1998). Do Doctors Have An Increased Rate Of Caesarean Section? *The Lancet*, 351(9110): 1177.
48. Cai, W. W., Marks, J. S., Chen, C. H. C., Zhuang, Y. X. et al., (1998). Increased Cesarean Section Rates And Emerging Patterns Of Health Insurance In Shanghai, China. *American Journal of Public Health*, 88(5): 777-781.
49. Singer, B. (2004). Elective cesarean sections gaining acceptance. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5): 775.
50. Bahçecik, N., Öztürk, H., Paslı, E. (2004). Hemşirelikte Aydınlatılmış Onam. *Sendrom*, 16(3):71-76.
51. Gülhan, Y. (2001). Bilgilendirme ve Bilgilendirilmiş Onam. *Sendrom*, 91-94.
52. Kayabeyoğlu, İ. (2002). Tıbbi Uygulama Hataları. *Sendrom*, 104-119.
53. Abu-Heija, A., Zayed, F. (1998). Primer And Repeat Caesarean Section: Comparison And Indications. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 18(5): 432-434.
54. Coşkun, A., Ekizler, H., İnanç, N., Karanisođlu, H., Kömürcü, N., Okumuř, H ve diğ. (1996). Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. şti.

55. James, D. (2001). Caesarean Section For Fetal Distress. *British Medical Journal*, 322(7298): 1316-1317.
56. Simm, A., Woods, A. (2004). Fetal Malpresentation. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 14(4): 231-238.
57. Breslin, E. T., Lucas, V. A. (2003). *Women's Health Nursing*. St. Louis: Elsevier Science, pg:587.
58. Kumari, A. S., Grundsell, H. (2004). Mode Of Delivery For Breech Presentation In Grandmultiparous Women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85(3): 234-239.
59. Hannah, M. E. (2004). Planned Elective Cesarean Section: A Reasonable Choice For Some Women? *Canadian Medical Association Journal*, 170(5): 813-814.
60. Seffah, J. D. (1999). Maternal And Perinatal Mortality And Morbidity Associated With Transverse Lie. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 65(1):11-15.
61. Lin, C-H., Wang, S-T., Hsu, Y-C., Lin, Y-J., Yeh, T-F., Chang, F-M. (2001). Risk For Respiratory Distress Syndrome In Preterm Infants Born To Mothers Complicated By Placenta Previa. *Early Human Development*, 60(3): 215-224.
62. Moore, M., Costa. C. (2003). *Cesarean Section : Understanding And Celebrating Your Baby's Birth*. The Johns Hopkins University Press. Erişim (online) at.<http://site.ebrary.com/lib/akdeniz/Doc?id=10070265>.
63. Gilbert, E. S., Harmon, J. S., (2002). Çeviri Editörü: L. Taşkın. *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. Ankara: Palme Yayıncılık.
64. Al-Mulhim, A., Abu-Heija,A., Al-Jamma, F., El-Harith, E. A. (2003). Pre-Eclampsia: Maternal Risk Factors And Perinatal Outcome. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 18(4): 275-280.
65. Coppage, K. H., Polzin, W. J. (2002). Severe Preeclampsia And Delivery Outcomes: Is Immediate Cesarean Delivery Beneficial?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5): 921-923.
66. Vigil-De Gracia, P., Lasso, M., Montufar-Rueda, C. (2004). Perinatal Outcome in Women With Severe Chronic Hypertension During The Second Half of Pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85(2): 139-144.
67. Panter, K. R., Hannah, M. E. (1996). Umbilical Cord Prolapse: So Far So Good? *The Lancet*, 347(8994): 74.

68. Ehrenberg, H. M., Durnwald, C. P., Catalano, P., Mercer, B. M. (2004). The Influence Of Obesity And Diabetes On The Risk Of Cesarean Delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 191(3): 969-974.
69. Saydah, S. H., Chandra, A., Eberhardt, H. S. (2005). Pregnancy Experience Among Women With And Without Gestational Diabetes In The U.S., 1995 National Survey Of Family Growth. *Diabetes Care*, 28(5): 1035-1040.
70. Rudnick, C. M., Hoekzema, G. S. (2002). Neonatal Herpes Simplex Virus Infections. *American Family Physician*, 65(6): 1138-1142.
71. Minkoff, H., Chervenak, F.A. (2003). Elective Primary Cesarean Delivery. *The New England Journal of Medicine*, 348(10): 946-950.
72. Siddiqui, M. N., Ranasinghe, J. S. (2002). Spontaneous Rupture Of Uterus. *Journal of Clinical Anesthesia*, 14(5): 368-370.
73. Hofmeyr, G. J.(2004). Obstructed Labor: Using Better Technologies To Reduce Mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85 Suppl. 1: 62– 72.
74. Çoban, A., Saruhan, A. (2004). İleri Anne Yaşının Beraberinde Getirdikleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*,7(1):39-41.
75. Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., Regan, L. (2000). The Risks Associated With Pregnancy In Women Aged 35 Years Or Older. *Human Reproduction*, 15(11): 2433-2437.
76. Scholz, H. S., Haas, J., Petru, E. (1999). Do Primiparas Aged 40 Years Or Older Carry An Increased Obstetric Risk? *Preventive Medicine*, 29(4): 263-266.
77. Chan, B. C. P., Lao, T. T. (1999). Influence of Parity on The Obstetric Performance of Mothers Aged 40 Years and Above. *Human Reproduction*, 14(3): 833-837.
78. Sheinera, E., Levyb, A., Katza, M., Mazora, M. (2005). Short Stature—An Independent Risk Factor For Cesarean Delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 120 (2): 175–178.
79. Häger, R. M. E., Daltveit, A. K., Hofoss, D., Nilsen, S. T., Kolaas, T., Øian, P., Henriksen, T. (2004). Complications Of Cesarean Deliveries: Rates And Risk Factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(2); 428-434.
80. Bagratee, J. S., Moodley, J., Kleinschmidt, I., Zawilski, W. (2001). Prophylactic Antibiotics At Elective Cesarean Section Did Not Reduce Infectious Morbidity. *Evidence-Based Obstetrisc and Gynaecology*, 3(4):184-185.

81. Normand, M. C., Damato, E. G. (2002). Postcesarean Infection. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30(6): 642-647.
82. Killian, C. A., Graffunder, E. M., Vinciguerra, T. J., Venezia, R. A. (2001). Risk Factors For Surgical-Site Infections Following Cesarean Section. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22(10): 613-617.
83. Muthukumarappan, K., Rigby, C., Johanson, R., Jones, P. (2000). Improving The Standards Of Care For Women Having Caesarean Sections. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(6): 584-588.
84. Christoforidis, N., Dawlatly, B., Gouk, E., Murray, B. (1999). Massive Secondary Postpartum Haemorrhage Three Weeks After Caesarean Section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 19(2):197-198.
85. Sule, S.T., Nwasor, E.O. (2005). Factors Affecting Blood Loss At Cesarean Section. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88(2): 150-151.
86. Nizard, J., Barrinque, L., Frydman, R., Fernandez, H. (2003). Fertility And Pregnancy Outcomes Following Hypogastric Artery Ligation For Severe Post-Partum Haemorrhage. *Human Reproduction*, 18(4): 844-848.
87. Yaegashi, N., Chiba-sekii, A., Okamura, K. (2000). Emergency Postpartum Hysterectomy In Women With Placenta Previa And Prior Cesarean Section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 68(1): 49-52.
88. Weerasekera, D. S. (2000). Placenta Praevia And Scarred Uterus--An Obstetrician's Dilemma. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(5): 484-485.
89. Ramadani, H. (2004). Cesarean Section Intraoperative Blood Loss And Mode Of Placental Separation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 87(2): 114-118.
90. Yossepowitch, O., Baniel, J., Livne, P. (2004). Urological Injuries During Cesarean Section: Intraoperative Diagnosis And Management. *The Journal of Urology*, 172(1): 196-199.
91. Armenakas, N. A., Pareek, G., Fracchia, J.A. (2004). Iatrogenic Bladder Perforations: Longterm Followup Of 65 Patients. *Journal of The American College of Surgeons*, 198(1): 78-82.
92. Makoha, F. W., Fathuddien, M. A., Felimban, H. M. (2006). Choice of Abdominal Incision and Risk of Trauma to the Urinary Bladder and Bowel in Multiple Cesarean Sections. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 125(1): 50-53.

93. Jacobsen, A. F., Drolsum, A., Klow, N. E., Dahl, G. F., Quvigstad, E., Sandset, P. M. (2004). Deep Vein Thrombosis After Elective Cesarean Section. *Thrombosis Research*, 113(5): 283-288.
94. Chisaka, H., Utsunomiya, H., Okamura, K., Yaegashi, N. (2004). Pulmonary Thromboembolism Following Gynecologic Surgery And Cesarean Section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 84(1): 47-53.
95. Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., Hofmeyr, J. (2000). *A Guide to Effective Care In Pregnancy Childbirth*, (Third Edition). Oxford University Press. Erişim (on-line) at <http://www.maternitywise.org/prof/>
96. Makoha, F. W., Felimban, H. M., Fathuddien, M. A., Roomi, F., Ghabra, T. (2004). Multiple Cesarean Section Morbidity. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 87(3): 227-232.
97. Lane, T. (2004). Maternal Mortalite Risk Rises With Cesarean Birth, Falls With Prenatal Care. *Perspectives on Sexuel and Reproductive Health*, 36(1): 37-38.
98. Cisse, C. T. Ngom, P. M., Guisse, A., Faye, E. O., Moreau, J. C. (2004). Thinking About The Evolution Of Caesarean Section Rate At University Teaching Hospital Of Dakar Between 1992 And 2001. *Gynecologic Obstetric Fertil*, 32(3):210-217.
99. Harer, W. B. (2003). Sezaryenden Sonra Vaginal Doğum. *JAMA Türkiye (Aylık Çeviri Dergisi)*, 16(1): 45-48.
100. Smith, G. C. S., Pell, J. P., Dobbie, R. (2003). Cesarean Section And Risk Of Unexplained Stillbirth In Subsequent Pregnancy. *The Lancet*, 632(9398): 1779-1784.
101. Godin, P. A., Basil, S., Donnez, J. (1997). An Ectopic Pregnancy Developing In A Previous Caesarian Section Scar. *Fertility and Sterility*, 67(2): 398-400.
102. Önder, S., Derbent, A. (2001). Sezaryen Seksiyo'da Uygun Anestezi Seçimi. *Sendrom*, Aralık: 96-104.
103. Charoenkwan, K., Palapinyo, C. (2005). Early Solid Food After Cesarean Section And Postoperative Ileus. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90(2): 144-145.
104. Bost, W. B. (2003). Cesarean Delivery On Demand: What Will It Cost?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(6): 1418-1423.
105. Callister, L.C. (1997). The Role Of The Nurse In Childbirth Perceptions Of The Childbearing Woman. *Birth*, 24(1):27-34.

106. Marut, J. S., Mercer, R. T. (1979). Comparison Of Primiparas' Perceptions Of Vaginal And Cesarean Births. *Nursing Research*, 28(5): 260-266.
107. Fawcett, J., Burritt, J. (1985). An Exploratory Study Of Antenatal Preparation For Cesarean Birth. *JOGNN*, 14(3): 224-230.
108. Osis, M. C., Padua, K. S., Duarte, G. A., Souza, T. R., Faundes, A.(2001). The Opinion Of Brazilian Women Regarding Vaginal Labor And Cesarean Section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(1): 859-866.
109. Tatar, M., Günalp, S., Somuncuoğlu, S., Demiroglu, A. (2000). Women's Perceptions Of Cesarean Section: Reflections From A Turkish Teaching Hospital. *Social Science & Medicine*, 50(9): 1227-1233.
110. Kwee, A., Cohlen, B.J., Kanhai, H.H.H., Bruinse, H.W., Visser, G.H.A. (2004). Cesarean Section On Request: A Survey In The Netherlands. *European Journal of Obstetrics And Gynecology*, 113(2): 186-190.
111. Sachs, J. S. (2004). C-Sections By Choice. *Parenting*, 18(2): 123.
112. Richardson, K. (2003). Babies Born Vaginally Get More Breast Milk At First. *Medical Post*, 39(46): 8.
113. Zanardo, V., Simbi, A., Vedovato, S., Trevisanuto, D. (2004). The Influence Of Timing Of Elective Cesarean Section On Neonatal Resuscitation Risk. *Pediatr. Crit. Care Med*, 5(6): 566-570.
114. Aslan, H., Mağar, V., Kırıkçı, Y., Açar, M., Ceylan, Y. (2003). Sezaryen Doğumlarda Kesiye Bağlı Fetal Yaralanma. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 17(2): 115-117.
115. Handa, V. L., Harvey, L., Fox, H. E., Kjerulff, K. H. (2004). Parity And Route Of Delivery: Does Cesarean Delivery Reduce Bladder Symptoms Later In Life? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(2): 463-469.
116. Faundes, A., Guarisi, T., Pinto-Neto, A. M. (2001). The Risk Of Urinary Incontinence Of Parous Women Who Delivered Only By Cesarean Section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 72 (1): 41-46.
117. Hitt, E. (2003). Cesarean May Reduce Risk Of Stres Incontinence. *Urology Times*, 31(6): 16.
118. O'Boyle, A.L., Davis, G.D. , Calhoun, B.C. (2002). Informed Consent And Birth: Protecting The Pelvic Floor And Ourselves. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(4): 981-983.

119. Goldberg, R. P., Kwon, C., Gandhi, S., Atkuru, L. V., Sorensen, M., Sand, P. K. (2003). Prevalence Of Anal Incontinence Among Mothers Of Multiples And Analysis Of Risk Factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(6):1627-1630.
120. Sand, P. K. (2002). Prophylactic Benefits Of Elective Cesarean Delivery. *Female Patient*, 27(5):18-22.
121. Connolly, A. M., Thorp, J., Pahel, L. (2005). Effects Of Pregnancy And Childbirth On Postpartum Sexual Function: A Longitudinal Prospective Study. *International Urogynecology Journal*, 16: 263–267.
122. Özbaşaran, F., Yanikkerem, E. (2004). Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sendrom*, 16(1): 50-56.
123. Kayahan, M., Ovayolu, N. (2004). Hasta Hakları Ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(4):38-41.
124. Karadağ, M (1999). Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2): 27-34.
125. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. (2004). *Maternity & Women's Health Care*. (Eighth Edition). St. Louis: Mosby, Inc. Pg: 1015-1021.
126. Cohen, J. R.(2005). Patient Satisfaction With The Prenatal Care Provider And The Risk Of Cesarean Delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(6): 2029–34.
127. Reime, B., Klein, M. C., Kelly, A., Duxbury, N., Saxell, L., et al. (2004). Do Maternity Care Provider Groups Have Different Attitudes Towards Birth? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(12): 1388–1393.
128. Kutlu, A. K., Çetinkaya, A. Ç. (2004). Cerrahi Servislerinde Görev Yapan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakıma Ait Uygulamaları: Manisa Örneği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2): 68-77.
129. Doyle, S. R. (2000). Philosophy Statement For Nurse-Anesthesia.Com. Erişim (online) at.<http://www.nurse-anesthesia.com/mission.htm>
130. Dawes, H. A., Docherty, T., Traynor, I., Gilmore, D.H., Jardine, A.G., Knill-Jones, R. (2006). Specialist Nurse Supported Discharge In Gynaecology: A Randomised Comparison And Economic Evaluation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, (In Press, Corrected Proof, Available online 10 March 2006).

131. Erdoğan, E., Yılmaz, D., Şirin, A. (1991). Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Ameliyata Yönelik Gereksinimlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1): 19-28.
132. Aksoy, G., Yazıcı-Sayın, Y. (2004). Günöbirlik Cerrahide Hastanın Hazırlığı. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(2): 39-46.
133. Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2005). Adult Surgical Patients And The Information Provided To Them By Nurses: A Literature Review. Patient Education and Counseling, 61(1): 5-15.
134. Olds, S. B., London, M. L., Ladewing, P. W. (1992). Maternal-Newborn Nursing (A Family-Centered Approach). (Fourth Edition). California: Addison-Wesley Nursing, A Division of the Benjamin Cummings Publishing Company, Inc. Pg: 801-809.
135. Melender, H-L. (2002). Fears And Coping Strategies Associated With Pregnancy And Childbirth In Finland. Journal of Midwifery & Women's Health, 47(4): 256-263.
136. Phipps, W. J., Sands, J. K., Marek, J. F. (1999). Medical-Surgical Nursing. Concepts & Clinical Practice. (Sixth Edition). St. Louis: Mosby, Inc. Pg: 480-484.
137. Lipson, J. G. (1982). Effects Of A Support Group On The Emotional Impact Of Cesarean Childbirth. Prev. Hum. Serv. 1(3): 17-29.
138. Bülbül, Ş. (2000). Tanımlayıcı İstatistik. İstanbul: Der Yayınları, 30.
139. Işık, G., Vural, G. (2001). Menopoz Polikliniğine Başvuran ve Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 1(1):39-48.
140. Baybek, H., Oflaşlı, F., Peker, Ö. (2003). Muğla Devlet Hastanesinde Yatan Gebelerin Doğum Sonu Egzersizler Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2): 28-34.
141. Ivarsson, B., Larsson, S., Lührs, C., Sjööberg, T. (2005). Extended Written Pre-Operative Information About Possible Complications At Cardiac Surgery—Do The Patients Want To Know? European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 28(3): 407-414.
142. Lescale, K. B., Inglis, S. R., Eddleman, K. A., Peeper, E. Q., Chervenak, F. A., McCullough, L. B. (2001). Conflicts Between Physicians And Patients In Non-Elective Cesarean Delivery: Incidence And Adequacy Of Informed Consent. American Journal of Perinatology, 13(3): 171-176.

143. Doshani, A., Shafi, M. I. (2003). Pre- and Post-Operative Care in Gynaecology. *Current Obstetrics & Gynaecology*,13(3): 151-158.
144. Hobson, J. A., Slade, P., Wrench, I. J., Power, L. (2006). Preoperative Anxiety and Postoperative Satisfaction in Women Undergoing Elective Caesarean Section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 15(1): 18–23.
145. Wong, D. L., Perry, S. E., Hockenberry, M. J.. (2002). *Maternal Child Nursing Care. (Second Edition)*. St. Louis: Mosby, Inc. Pg: 431-435.
146. Miovech, S. M., Knapp, H., Borucki, L., Ronkoli, M., Arnold, L., Brooten, D. (1994). Major Concerns Of Women After Cesarean Delivery. *JOGNN*, 23(1): 5359.
147. Hong, T. M., Callister, L. C., Schwartz, R. (2003). First Time Mother' Views of Breastfeeding Support From Nurses. *MCN*, 28(1): 10-15.
148. Artıran-İğde, F. A. (2004). Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum. *STED*, 13(4): 137-139.
149. Mucuk, S., Güler, N. (2002). Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılanma Durumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1): 21-30.
150. Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L., Üstün, Y. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4): 247-252.
151. Elden, M. (2003). Hedef Kitle Davranışlarını Etkileyen Psikolojik Bir Faktör Olarak Öğrenme: Öğrenme ve Reklam İlişkisi. *Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 18: 1-29. Erişim (on-line) at.http://www.ilet.gazi.edu.tr/iletisim_dergi/18/ELDEN.pdf
152. Lithner, M., Zilling, T. (2000). Pre- And Postoperative Information Needs. *Patient Education and Counseling*, 40: 29–37.

EKLER

ARAŞTIRMACININ KENDİNİ TANITMASI VE KADINLARDAN ONAY ALINMASINA YÖNELİK FORM

Merhaba,

Ben, A. Ü. Sağlık bilimleri enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim. Sezaryenle doğum yapan kadınların sezaryene ilişkin bilgi düzeylerine yönelik bir çalışma yapıyorum. Bu çalışma sezaryenle doğum yapacak kadınların eğitim ve danışmanlık konusundaki gereksinimlerini belirleyerek, sağlık personeli ve hemşirelerin onlara yardım edebilmeleri için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız yaklaşık 20 dakikalık bir süreyi alacaktır. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Çalışmada hiçbir şekilde adınız belirtilmeyecek, veriler araştırmacı tarafından düzenli bir şekilde saklanacaktır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Keziban ÖZCAN
Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

KADINLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, DOĞUM ÖYKÜLERİ
VE SEZARYEN BİLGİSİNE YÖNELİK SORULARI İÇEREN ANKET FORMU

GÖRÜŞME FORMU

1. Yaş:

2. Eğitim Durumu:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| a) Okur-yazar değil | b) Okur-yazar |
| c) İlkokul mezunu | d) Ortaokul mezunu |
| e) Lise mezunu | f) Üniversite ve üzeri |

3. Çalışma Durumu:

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor
- c) Emekli

4. Sosyal Güvence:

- | | |
|---------------|-------------------|
| a) Ücretli | b) Emekli sandığı |
| c) Bağ-kur | d) SSK |
| e) Yeşil Kart | f) Özel sigorta |

5. Gebelik sayısı:

Düşük:

Kürtaj:

Ölü Doğum:

6. Doğum öncesi düzenli olarak muayene oldunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır (8. soruya geçiniz)

7. Doğum öncesi muayenelerinizi nerede oldunuz?

- | | |
|-----------------|------------------------|
| a) Sağlık ocağı | c) Özel muayene |
| b) Hastane | d) Diğer (Açıklayınız) |

8. Daha önceki gebeliklerinizde bir sorunla karşılaştınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

9. Daha önce sezaryenle doğum yaptınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır (12. soruya geçiniz)

10. Kaç kez sezaryenle doğum yaptınız?

Sayı:

11. Bu sezaryenleriniz planlı mı yoksa acil miydi?

- a) Planlı
- b) Acil

12. Bu doğumunuzun sezaryen ile olacağını ne zaman öğrendiniz?

13. Sezaryen olma nedeninizi biliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır (15. soruya geçiniz)

14. Neden sezaryen oldunuz?

- a) Doğum öncesi bebekle ilgili sorun
b) Doğum eylemi sırasında bebekle ilgili sorun
c) Doğum öncesi anneyle ilgili sorun
d) Doğum eylemi sırasında anneyle ilgili sorun
e) Tekrarlayan sezaryen
f) Kendi tercihi

15. Sezaryen doğum hakkında (avantaj/dezavantaj) bilginiz var mı?

- a) Evet b) Hayır (17. soruya geçiniz)

16. Sezaryene ilişkin bilgiyi nereden edindiniz?

- a) Kitap e) Hekim
b) Dergi f) Hemşire
c) Broşür g) Arkadaş
d) İnternet h) Diğer

17. Sezaryen olmadan önce sezaryenle ilgili olarak yeterince hazırlandığınızı düşünüyor musunuz?

- a) Evet (19. soruya geçiniz) b) Hayır

18. Sezaryene yeterince hazır olmadığınızı düşünmenizin nedenleri nelerdir?

19. Sezaryenle ilgili yaşadığınız en önemli endişe/sorun neydi?

SEZARYENE PERİOPERATİF HAZIRLIĞI BİLMEME İLİŞKİN SORULARI
İÇEREN ANKET FORMU

Aşağıda sezaryen ameliyatı öncesi ve sonrası yapılacak işlemleri bilmeye ilişkin sorular yer almaktadır. Bunları “biliyordum”, “biraz biliyordum” ve “bilmiyordum” şeklinde yanıtlamanız gerekmektedir.

OPERASYON ÖNCESİ VE SONRASI YAPILACAK İŞLEMLER	Biliyordum	Biraz Biliyordum	Bilmiyordum
1. Ameliyattan en az 8-12 saat önce aç kalmanız gerektiğini			
2. Takı, oje, lens, protez vb. varsa çıkarmanız gerektiğini			
3. Hastanede ne kadar süre kalacağınızı			
4. Ameliyatın hangi bölgeden uygulanacağını			
5. Ameliyattan önce idrar sondası takılacağını			
6. İdrar sondasının neden takıldığını			
7. Ameliyattan sonra idrar sondasının ne zaman çekileceğini			
8. Ameliyattan önce serum takılacağını			
9. Serumun neden takıldığını			
10. Serumun ne kadar süre takılı kalacağını			
11. Kan ve idrar örneklerimin alınacağını			
12. Ne tür anestezi uygulanacağını			
13. Anestezi şeklinin seçimine katılabileceğinizi			
14. Uygulanan anestezinin risklerini			
15. Uygulanan anestezinin yararlarını			

16. Derin nefes alma ve öksürmenin solunumunuzu rahatlatacağını			
17. Derin nefes alma ve öksürme egzersizlerinin nasıl yapılacağını			
18. Ağrınız olduğunda ağrı kesici yapılacağını			
19. Ameliyattan sonra ne kadar süre yatakta kalacağınızı			
20. Erken hareketin iyileşmenizi hızlandıracağını			
21. Yara yerinizin hareketlerinize bütünüyle engel olmayacağını			
22. Ameliyattan sonra sık sık tansiyonunuzun, nabzınızın, ateşinizin ve solunumunuzun ölçüleceğini			
23. Sezaryenden sonra kanamanın ne kadarının normal olduğunu			
24. Rahimin toparlanmasını kontrol etmek için karnınızdan hafifçe bastırılacağını			
25. Ameliyattan sonra ne zaman yemek yiyebileceğinizi			
26. Bebeğinizi beslerken nelere dikkat etmeniz gerektiğini			
27. Emzirirken daha çok ağrı hissedebileceğinizi ve bunun normal olduğunu			
28. Bazı ilaçları (antibiyotik, rahimin toplanmasını sağlayan ilaçlar, vb.) kullanmanız gerektiğini			

SEZARYENİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARINI BİLMEME İLİŞKİN
SORULARI İÇEREN ANKET FORMU

Size şimdi yöneltilecek sorular sezaryen doğumun avantaj ve dezavantajlarını içermektedir. Bu cümleleri de “biliyordum”, “biraz biliyordum” ve “bilmiyordum” şeklinde yanıtlamanız gerekmektedir.

SEZARYEN DOĞUMUN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI	Biliyordum	Biraz Biliyordum	Bilmiyordum
1. Sezaryenle doğum yapanlarda üreme organlarında sarkma riskinin daha az olduğunu			
2. Sezaryenle doğum yapan kadınlarda ileri yaşlarda görülen idrar kaçırma sorununun, normal doğum yapanlara göre daha az olduğunu			
3. Sezaryenle doğumda normal doğumda görülen ağrıları çekmeyeceğinizi			
4. Makat doğum gibi zor olan doğumlarda sezaryenin bebek için hayat kurtarıcı olduğunu			
5. Sezaryen doğumun anne-bebek ilişkisi üzerine olumsuz etkisinin olmadığını			
6. Sezaryen doğumun büyük ameliyatlarda yer aldığını			
7. Sezaryen doğumun karın bölgesinden yapılan diğer ameliyatlara kadar riskli olduğunu			
8. Sezaryenin en büyük risklerinden birinin ameliyat yerinin enfeksiyonu (mikrop kapması) olduğunu			
9. Sezaryenle doğum yapan kadınların ameliyattan sonra gaz çıkarmada ya da büyük tuvaletini yapmada zorluk yaşayabileceğini			
10. Sezaryenle doğum yapan annelerin iyileşme sürecinin daha uzun olduğunu			
11. Sezaryenle doğan bebeklerde normal doğanlara göre solunum problemleri görülme riskinin yüksek olduğunu			

12. Ameliyat sırasında yanlışlıkla bebekte kesiklerin meydana gelebileceğini			
13. Bir kez sezaryen olunca, diğer doğumların da genellikle sezaryenle olmak zorunda olduğunu			
14. Sezaryen doğumdan sonra düşük, dış gebelik veya kısırlık oluşma riskinin bulunduğunu			
15. Sezaryen ameliyatında yanlışlıkla barsak ya da idrar yollarının zedelenme riskinin bulunduğunu			
16. Ameliyat sonrası damar iltihabı gibi sorunlarla karşılaşılabilceğini			
17. Ameliyat nedeniyle akciğer sorunu ortaya çıkma olasılığının olduğunu			
18. Ameliyata bağlı sonraki gebeliklerinizde plasentanın (bebeğin eşinin) yerleşimi ile ilgili sorunlar yaşanabileceğini			
19. Bebeğin gebelik haftasının yanlış değerlendirilmesine bağlı erken doğum yapılabilceğini			
20. Sezaryenle doğum yapan annelerin bebeklerini emzirmede zorlanabileceğini			
21. Sezaryenle doğumun, normal doğuma göre pahalı olduğunu			

BİLİYORUM YANITINA İLİŞKİN BAZI TANIMLAYICI KRİTERLER

OPERASYON ÖNCESİ VE SONRASI YAPILACAK İŞLEMLER	BİLİYORUM
Hastanede ne kadar süre kalacağınızı	2-4 gün
Ameliyatın hangi bölgeden uygulanacağını	Karın alt bölgesi
Ameliyattan önce idrar sondası takılacağını	Ayağa kalktıktan sonra ya da 24 saat sonra
Serumun neden takıldığını	Ağızdan bir şey almayacağı için
Serumun ne kadar süre takılı kalacağını	Ağızdan beslenene kadar
Derin nefes alma ve öksürme egzersizlerinin nasıl yapılacağını	Burundan alıp, ağızdan verme Ameliyat yerini destekleyerek kesik kesik öksürme
Ameliyattan sonra ne kadar süre yatakta kalacağınızı	8-16 saat
Sezaryenden sonra kanamanın ne kadarının normal olduğunu	Saatte bir pedden daha az olacak
Ameliyattan sonra ne zaman yemek yiyebileceğinizi	Gaz çıkardıktan sonra

OPERASYON ÖNCESİ YAPILACAK İŞLEMLERİ BİLME DURUMU

Operasyon Öncesi Yapılacak İşlemleri Bilme	Biliyordum		Biraz Biliyordum		Bilmiyordum	
	n	%	n	%	n	%
Ameliyattan en az 8-12 saat önce aç kalmanız gerektiğini	135	88.8	2	1.3	15	9.9
Takı, oje, lens, protez vb. varsa çıkarmanız gerektiğini	137	90.1	12	7.9	3	2.0
Hastanede ne kadar süre kalacağınızı	107	70.4	16	10.5	29	19.1
Ameliyatın hangi bölgeden uygulanacağını	123	80.9	6	3.9	23	15.1
Ameliyattan önce idrar sondası takılacağını	122	80.3	4	2.6	26	17.1
İdrar sondasının neden takıldığını	95	62.5	24	15.8	33	21.7
Ameliyattan sonra idrar sondasının ne zaman çekileceğini	61	40.1	18	11.8	73	48.0
Ameliyattan önce serum takılacağını	138	90.8	3	2.0	11	7.2
Serumun neden takıldığını	109	71.7	16	10.5	27	17.8
Serumun ne kadar süre takılı kalacağını	52	34.2	22	14.5	78	51.3
Kan ve idrar örneklerimin alınacağını	105	69.1	7	4.6	40	26.3
Ne tür anestezi uygulanacağını	104	68.4	3	2.0	45	29.6
Anestezi şeklinin seçimine katılabileceğinizi	113	74.3	5	3.3	34	22.4
Uygulanan anestezinin risklerini	59	38.8	21	13.8	72	47.4
Uygulanan anestezinin yararlarını	56	36.8	24	15.8	72	47.4
Derin nefes alma ve öksürmemin solunumunuzu rahatlatacağını	58	38.2	4	2.6	90	59.2
Derin nefes alma ve öksürme egzersizlerinin nasıl yapılacağını	14	9.2	5	3.3	133	87.5

OPERASYON SONRASI YAPILACAK İŞLEMLERİ BİLME DURUMU

Operasyon Sonrası Yapılacak İşlemleri Bilme	Biliyordum		Biraz Biliyordum		Bilmiyordum	
	n	%	n	%	n	%
Ağrım olduğunda ağrı kesici yapılacağını	119	78.3	11	7.2	22	14.5
Ameliyattan sonra ne kadar süre yatakta kalacağınızı	96	63.2	20	13.2	36	23.7
Erken hareketin iyileşmenizi hızlandıracağını	125	82.2	6	3.9	21	13.8
Yara yerinizin hareketlerinize bütünüyle engel olmayacağını	33	21.7	27	17.8	92	60.5
Ameliyattan sonra sık sık tansiyonunuzun, nabzınızın, ateşinizin ve solunumunuzun ölçüleceğini	67	44.1	9	5.9	76	50.0
Sezaryenden sonra kanamanın ne kadarının normal olduğunu	58	38.2	4	2.6	90	59.2
Rahimin toparlanmasını kontrol etmek için karnınızdan hafifçe bastırılacağını	14	9.2	5	3.3	133	87.5
Ameliyattan sonra ne zaman yemek yiyebileceğinizi	82	53.9	23	15.1	47	30.9
Bebeğinizi beslerken nelere dikkat etmeniz gerektiğini	91	59.9	28	21.7	33	18.4
Emzirirken daha çok ağrı hissedebileceğinizi ve bunun normal olduğunu	85	55.9	13	8.6	54	35.5
Bazı ilaçları (antibiyotik, rahimin toplanmasını sağlayan ilaçlar, vb.) kullanmanız gerektiğini	104	68.4	6	3.9	42	27.6

SEZARYENİN AVANTAJLARINI BİLME DURUMU

Sezaryenin Avantajlarını Bilme	Biliyorum		Biraz Biliyorum		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Sezaryenle doğum yapanlarda üreme organlarında sarkma riskinin daha az olduğunu	75	49.3	4	2.6	73	48.0
Sezaryenle doğum yapan kadınlarda ileri yaşlarda görülen idrar kaçırma sorununun, normal doğum yapanlara göre daha az olduğunu	68	44.7	5	3.3	79	52.0
Sezaryenle doğumda normal doğumda görülen ağrıları çekmeyeceğinizi	128	84.2	7	4.6	17	11.2
Makat doğum gibi zor olan doğumlarda sezaryenin bebek için hayat kurtarıcı olduğunu	129	84.9	2	1.3	21	13.8
Sezaryen doğumun anne-bebek ilişkisi üzerine olumsuz etkisinin olmadığını	106	69.7	12	7.9	34	22.4

SEZARYENİN DEZAVANTAJLARINI BİLME DURUMU

Sezaryenin Dezavantajlarını Bilme	Biliyorum		Biraz Biliyorum		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Sezaryen doğumun büyük ameliyatlar içinde yer aldığını	76	50.0	9	5.9	67	44.1
Sezaryen doğumun karın bölgesinden yapılan diğer ameliyatlar kadar riskli olduğunu	70	46.1	1	7.2	71	46.7
Sezaryenin en büyük risklerinden birinin ameliyat yerinin enfeksiyonu (mikrop kapması) olduğunu	113	74.3	5	3.3	34	22.4
Sezaryenle doğum yapan kadınların ameliyattan sonra gaz çıkarmada ya da büyük tuvaletini yapmada zorluk yaşayabileceğini	117	77.0	10	6.6	25	16.4
Sezaryenle doğum yapan annelerin iyileşme sürecinin daha uzun olduğunu	140	92.1	4	2.6	8	5.3
Sezaryenle doğan bebeklerde normal doğanlara göre solunum problemleri görülme riskinin yüksek olduğunu	58	38.2	4	2.6	90	59.2
Ameliyat sırasında yanlışlıkla bebekte kesiklerin meydana gelebileceğini	42	27.6	15	9.9	95	62.5
Bir kez sezaryen olunca, diğer doğumların da genellikle sezaryenle olmak zorunda olduğunu	140	92.1	1	0.7	11	7.2
Sezaryen doğumdan sonra düşük, dış gebelik veya kısırlık oluşma riskinin bulunduğunu	16	10.5	2	1.3	134	88.2
Sezaryen ameliyatında yanlışlıkla barsak ya da idrar yollarının zedelenme riskinin bulunduğunu	44	28.9	8	5.3	100	65.8
Ameliyat sonrası damar iltihabı gibi sorunlarla karşılaşılabilceğini	23	15.1	5	3.3	124	81.6
Ameliyat nedeniyle akciğer sorunu ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu	23	15.1	3	2.0	126	82.9
Ameliyata bağlı sonraki gebeliklerinizde plasentanın (bebeğin eşinin) yerleşimi ile ilgili sorunlar yaşanabileceğini	13	8.6	5	3.3	134	88.2
Bebeğin gebelik haftasının yanlış değerlendirilmesine bağlı erken doğum yapılabilceğini	74	48.7	15	9.9	63	41.4
Sezaryenle doğum yapan annelerin bebeklerini emzirmede zorlanabileceğini	128	84.2	6	3.9	18	11.8
Sezaryenle doğumun, normal doğuma göre pahalı olduğunu	147	96.7	0	0.0	5	3.3

ÖZGEÇMİŞ

Keziban ÖZCAN, 20.01.1978 yılında Acıpayam/Denizli’de doğdu. 1983 ve 1991 yılları arasında ilk ve orta öğrenimini Acıpayam’da tamamladı. 1991-1994 lise öğrenimini Samsun’da tamamladı. 1998 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu’ndan üçüncülükle mezun oldu. 1998-2001 yılları arasında Pamukkale Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniğinde çalıştı. 2003-2004 Güz Dönemi’nde Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programı’na başladı. 2001 yılından itibaren de Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’ine sırayla Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi kliniğinde klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Yabancı dili İngilizce’dir.