

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
KOORDİNATÖR ŞEF PROF. DR. MUSTAFA YAYLACI

HASTANEMİZ GEBE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
GEBELERDE NORMAL DOĞUM VE SEZARYEN
TERCİHİ VE NEDENLERİ İLE İLGİLİ ANKET
ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Erdoğan BEKTAŞ
AİLE HEKİMLİĞİ

TEZ DANIŞMANI
Op. Dr. Esra Esim BÜYÜKBAYRAK

İSTANBUL - 2008

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri geçen, bilgi, yetenek ve deneyimleri ile rehberlik eden değerli hocalarım Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü sayın Prof. Dr. Mustafa Yaylacı'ya, eski koordinatörümüz sayın Prof. Dr. Ayça Vitrinel'e, 2.Genel Cerrahi Klinik Şefi sayın Prof. Dr. Mustafa Gülmen'e, Kadın Hastalıkları ve Doğum klinik şefleri sayın Doç. Dr. Orhan Ünal ve sayın Doç. Dr. M.Cem Turan'a, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi sayın Prof. Dr. Asiye Nuhoğlu ve şef yardımcısı sayın Uz. Dr. Figen Pekün'e, 1. Dahiliye klinik şefi sayın Uz. Dr. Ali Yayla'ya, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi sayın Uz. Dr. Mecit Çalışkan'a, asistanlığım süresince beraber çalıştığım tüm klinik şef yardımcıları, baş asistanları, uzmanları, asistan ve hemşire arkadaşlarıma tez çalışmalarım esnasında bana destek olan değerli arkadaşlarım sayın Dr. Mehtap Büyük ve Dr. Özge Kaymaz'a ve özellikle tez danışmanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinden sayın Op. Dr. Esra Esim Büyükbayrak'a, son olarak da aileme, her zaman yanımda olan ve beni destekleyen biricik eşim Yasemin Bektaş'a teşekkür ederim.

Dr. Erdoğan BEKTAŞ

İstanbul - 2008

İÇİNDEKİLER

1-GİRİŞ-----	5
2-GENEL BİLGİLER-----	6
2.1-NORMAL DOĞUM-----	6
2.1.1-TANIM	
2.1.2-DOĞUM EYLEMİNİN FAZLARI	
2.1.3-NORMAL DOĞUMDA BAŞIN ESAS HAREKETLERİ	
2.1.4-NORMAL DOĞUM KOMPLİKASYONLARI	
2.1.5-EPİZYOTOMİ	
2.2-SEZARYEN-----	16
2.2.1-TANIM	
2.2.2-TARİHÇE	
2.2.3-SEZARYEN SIKLIĞI	
2.2.4-SEZARYEN ENDİKASYONLARI	
2.2.5 -KOMPLİKASYONLAR	
2.2.6-ABDOMİNAL İZSİZYON	
2.2.7-UTERUS İNSİZYONU	
2.2.8-SEZARYEN HİSTEREKTOMİ	
2.3-KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUMDA ETİK-----	23
2.3.1-TANIM	
2.3.2-ETİĞİN İLKE VE KAVRAMLARI	
2.3.3-HEKİM VE HASTANIN HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ	
2.3.4-MATERNAL VE FETAL İLİŞKİLER	
2.3.5-SEZARYEN REDDİNE ETİK AÇIDAN BAKIŞ	
3-MATERYAL VE METOD-----	35
4-BULGULAR-----	37
5-TARTIŞMA-----	57
6-SONUÇ-----	64
7-ÖZET-----	66
8-KAYNAKLAR-----	67
9-EKLER-----	73

9.1-ANKET FORMU

9.2-ŞEKİLLER

9.3-TABLolar

9.4-GRAFİKLER

1-GİRİŞ

Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, sezaryen hızında çok belirgin artış olmuştur . Dünya Sağlık Örgütünün sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir (1,2). Ancak pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir. Türkiye’de, 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre sezaryen oranı %21.2’dir (3). Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, “Riskli gebelik” ve “Kıymetli bebek” kavramının ortaya atılması yer almaktadır (4).

Pek çok kadın normal doğum acısını çekmemek, sancı duymamak için hamile olduğunu öğrendiği ilk günden itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar vermektedir. Sezaryen, özellikle sağlık çalışanlarında tıbbi endikasyon olmaksızın çok tercih edilen yöntem haline gelmektedir.

Bu çalışmada; gebelerin normal doğum ve sezaryen doğum tercih oranları, tercih sebepleri ve tercihlerini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

2-GENEL BİLGİLER

2.1-NORMAL DOĞUM

2.1.1-TANIMLAR

Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gr'ın üzerinde olan yada baş-topuk mesafesi 25mm ve üzerinde olan fetusların doğumu anlaşılmaktadır. Dünya sağlık örgütü 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere Abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de Doğum tanımlamasını getirmiştir(5).

Gravida Parite

Gravida gebelik sayısını, parite ise doğum sayısını ifade etmek amacı ile kullanılan terimlerdir. Gravida abortus, mol, ektopik gebelik dahil olmak üzere gebelik anlamına gelir. Nulligravida şimdiye kadar hiç gebe kalmamış ve halen gebe olmayan kadındır. Primigravida ilk kez gebe kalan kadındır. Multigravida daha önce hamile kalmış ve şu anda da hamile olan kadındır. Nullipara gebeliğini hiçbir zaman abortusun ötesine götürememiş yani 20. gebelik haftasından büyük ya da 500 gramın üzerinde hiç doğum yapmamış kadındır. Primipara viabilite dönemine ulaşmış fetus veya fetusları bir kez doğurmuş olan kadındır. Multipara iki ya da daha fazla gebeliğini viabilite dönemine ulaştırmış olan kadındır. Pariteyi belirleyen doğurtulmuş olan fetusların sayısı değil viabiliteye ulaşan gebeliklerin sayısıdır(6).

2.1.2-Doğum Eyleminin Fazları

Faz 0: Gebeliğin 36-38 haftalardan önceki normal durumudur. Bu dönemde uterus kontraksiyonları inhibe olur. Serviks serttir. Uterusta kasılmayı uyaran maddelere karşı bir cevapsızlık durumu söz konusudur. Burada esas görev yapan hormonun progesteron olduğuna inanılır(7). Yanı sıra relaksin,

prostasiklin, paratiroid hormon ile ilişkili peptid, nitrik oksid ve Corticotropin Releasing Hormone (CRH) rol oynar(6).

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

- a-serviks olgunlaşır ve yumuşar,
- b-Uterusun iritabilitesi artar, myometrium hücrelerinde hem oksitosin reseptörlerinin sayısı ve hemde gap junctionların sayısı artar,
- c-uterusun uterotoninlere verdiği kontraktıl cevapta bir artış olur,
- d-Ağrısız uterus kasılmaları sıklaşır(6).

Faz 2: Aktif doğum eylemi ve doğum için güçlü kasılmaların olduğu devredir. Bu dönemde uterotoninler (prostaglandin ve oksitosin) ve CRH tarafından uterus kasılmaları uyarılır(6),

- a-Güçlü ve ağrılı uterus kontraksiyonları olur,
- b-Servikte silinme ve açılma başlar,
- c-fetus doğar.

Bu faz da kendi arasında üç döneme ayrılır.

I-Silinme ve Açılma dönemi: Servikal kanalda silinmenin ve 1 cm'den 10 cm'ye kadar açılmanın olduğu devredir. Primigravidlerde 8-12 saat, multiparlarda 6-8 saat sürer. Oniki saatten fazla ise ve 2 saat boyunca açılma ilerlemiyorsa bir abnormalite söz konusudur(6).

II-Atılma (Expulsion) Dönemi: Fetusun doğum kanalından çıktığı devredir. Serviksin açılmasının tamamlanması ile başlar. Bebeğin doğumu ile sona erer. Primigravidlerde 1-2 saat, multiparlarda 1-2 dk. ile 1/2 saat arasında sürer. İki saatten uzun olursa abnormal doğum gelişiyor demektir(6).

III-Halas (Kurtulma) Dönemi: Plasentanın atıldığı dönemdir. Bebek doğduğu andan itibaren başlar. Placenta ve fetal membranların doğumu ile sona erer. 1/2-1 saatten uzun olmamalıdır(6).

Faz 3: Puerperal hemostazın ve uterus involusyonunun olduğu dönemdir. Bu dönemde;

- a-Puerperal kanamayı önlemek için uterus kasılır,
- b-Laktasyon başlar ve emzirme olayı gerçekleşir,
- c-Uterus involusyonu olur,
- d-Bu dönemin sonunda fertilité geri döner. Bu dönemin düzenlenmesinde oksitosin ve endotelin-1 önemli görevler görürler (7).

2.1.3-Normal Doğumda Başın Esas Hareketleri

Termdeki fetusların doğumunda fetus doğum kanalının boşluklarından en iyi şekilde yararlanmalıdır. Bu amaçla da fetus doğum kanalından çıkarken 5 esas hareket yapar. Bunları şu şekilde özetleyebiliriz(6).

1-Angajman

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

Descensus

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

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

2-Fleksiyon

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

3-İç Rotasyon

Baş en geniş geçiş düzlemi olan suboksipitobregmatik-biparietal planı ile pelvis girimini geçtikten sonra descensusuna devam eder. Bu en geniş plan orta pelviste spina ischiadicalar arasından geçerken kemik pelvis ve huni şeklinde daralan m.levator ani'nin sürtünme direncine uyarak iç rotasyon yapar. İç rotasyon, baş spina ischiadicalar arasındaki düzleme geldiğinde başlar. Bu esnada klavuz nokta çıkımdadır (+2,+3). Suboksipitobregmatik-biparietal plan çıkıma ulaştığında iç rotasyon hareketi tamamlanmış olur. Bu rotasyon

normalde 90 derecelik bir açı ile küçük fontanel öne gelecek şekilde olur. Yani oksiput transvers pozisyonda iken iç rotasyonun tamamlanması ile oksiput anterior pozisyona döner. Bu sırada omuzlar geniş olan transvers çaplarını pelvis giriminin transvers çapına prezente etmiş olur(Şekil-1).

4-Defleksiyon

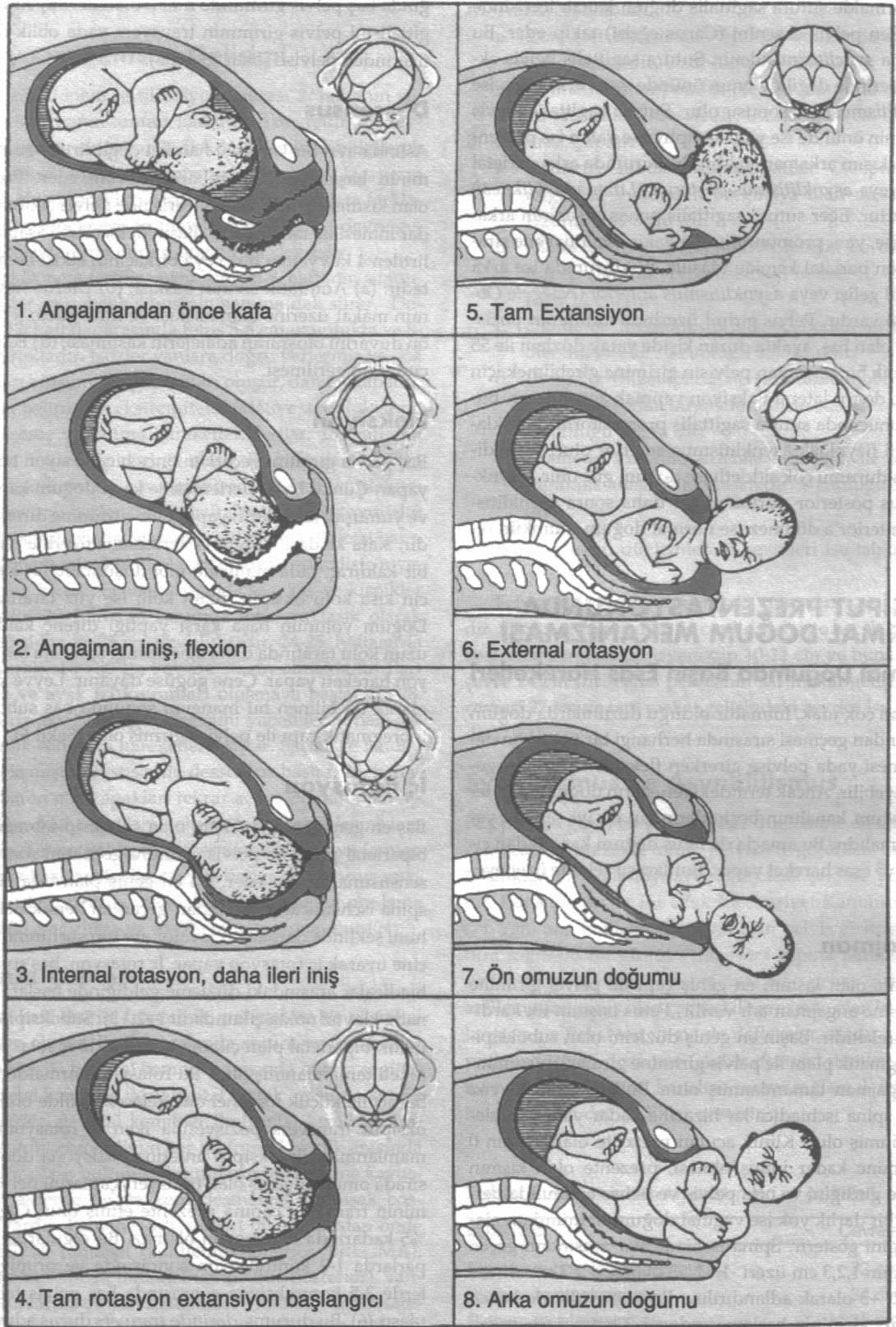
Oksiput kemiği öne dönerek doğum kanalı çıkımına gelen baş sadece habitus değişikliği yaparak doğum kanalından çıkar. Selheim'e göre fetus vücudunun belirli bükülebilme kolaylıkları (Facillimum) ve bükülme zorlukları (difficillimum) vardır(8). Pelvis tabanına kadar bütün yol boyunca fleksiyon habitusunda bulunan baş, ensedeki saçlı deri hududunu kalkış noktası olarak symphysis altına dayayarak defleksiyon yapar ve doğum kanalından çıkar(Şekil-1).

5-Dış Rotasyon

Baş pelvis çıkıntından çıktıktan sonra bir kez daha rotasyon yapar.

Ekspulsiyon

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



Şekil-1: Doğum mekanizmasının Şematik açıklaması(6).

2.1.4-Normal doğum komplikasyonları

1-Distosi(Zor Doğum)

Distosi kelime anlamı olarak zor doğum demektir. Annenin doğum kanalı, fetus ve rahim'deki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir(9).

a-Uterus'a bağlı distosiler

I-Uzamış latent faz: Doğum ağrılarının başladıktan sonra etkili hale gelmemesi,

II-Uzamış aktif dönem: Ağrılar yeterli sıklık ve şiddette olmasına rağmen eylemin ilerlememesi açılmanın olmaması,

III-Eylemde duraklama: Eylemin aktif döneminin herhangi bir anında ağrı ve açılmanın durması

b-Doğum yoluna bağlı distosiler

Kemik pelvis distosileri. Annenin kemik yapısı dardır ve buna bağlı olarak bebek doğamaz.

Yumuşak doku distosileri

c-Bebeğe bağlı distosiler

İri bebek, duruş anomalileri, bebekte anomali, yapışık ikizler, ikiz doğumda kilitlenme vb.

2-Omuz Takılması

Bebeğin başının doğduktan sonra omuzlarının kemik yapılar takılarak sıkışmasıdır. Annede diabet, iri bebek, şişmanlık.

3-Rahim yırtılması (uterus rüptürü)

Uterus adelesinin eylem sırasında ya da daha önce yırtılmasıdır. Sebepleri arasında sancıların yeterli olmasına rağmen açılmanın olmaması, geçirilmiş rahim ameliyatları (sezaryen), uterusu yönelik direk travmalar, doğum esnasında dışarıdan rahime fazla miktarda basınç uygulanması, baş pelvis uygunsuzluğu olmasına rağmen suni sancı verilmesi(9).

4-Kordon sarkması

Bebeğin zarları açıldıktan sonra göbek kordonunun buradan sarkmasıdır.

5-Akut Fetal Distres

Eylemin herhangi bir safhasında bebeğin sıkıntıya girmesi ve kalp seslerinin yavaşlamasıdır. Plasentanın erken ayrılması (ablasyo), baş pelvis uygunsuzlukları, kordon sarkması, başın normal pozisyonunda olmaması, plasenta previa, gereksiz ve yanlış uygulanan suni sancı

6-Plasentanın ayrılmaması

7-Uterus İnversiyonu

Doğumdan sonra rahimin içinin dışa doğru dönmesidir

8-Uterus Atonisi

Doğumdan sonra rahmin yeteri kadar kasılmamasıdır. Çok ciddi ve ani kanamalara neden olur. Doğumda en sık anne ölüm sebebidir. Özellikle doğum sonrası ilk 24 saat uyanık olmak gerekir.

9-Doğum kanalının laserasyonları:

Vagina ve perine laserasyonları 1., 2., 3. ve 4. derece olarak sınıflanır.

a-Birinci derece laserasyonlar forşet, perineal cilt ve vaginal müköz membranlar.

b-ikinci derece laserasyonlar cilt ve müköz membrana ek olarak perineal bölgenin faysa ve kaslarını içerir ama anal sfinkteri içermez.

c-üçüncü derece laserasyonlar cilt, müköz membran, perineal gövde ve anal sfinkteri içerir.

d-dördüncü derece laserasyonlar rektumun lümenini içerecek şekilde rektum mukozaya ulaşırlar(9).

10-Pelvik relaksasyon

Tekrarlayan normal doğumlardan sonra pelvik relaksasyon (sistosel, rektosel ve üriner inkontinans) olabilmektedir.

2.1.5-Epizotomi

Kaba anlamda pudendanın insizyonudur. Amacı olası laserasyonlar yerine düz ve temiz bir cerrahi insizyon oluşturmaktır. Ayrıca bilinen ama kanıtlanmamış bir diğer faydası pelvik relaksasyonları önlemesidir(9).

Epizyotomi zamanlaması: Erken yapılırsa, doğuma kadar insizyondan fazla kanama olabilir. Geç yapılırsa, laserasyonlar önlenemez. Doğru zamanı, üç-dört cm çaplı bir kontraksiyon sırasında baş görülür haldeyken epizyotomi yapmaktır.

Epizyotomi Tipleri: Medial, lateral ve mediolateral epizyotomi diye 3 tipi vardır. En çok kullanılan mediolateral epizyotomidir. İyileşme, cerrahi onarım, kanama ve ağrı açısından en avantajlı olan lateral epizyotomidir. Fakat epizyotomi hattı uzayarak 3. ve 4. derece laserasyonlara neden olabileceğinden dolayı genelde mediolateral epizyotomi tercih edilir. Genelde kullanılan sütür materyali 3-0 krome katgüttür(9).

2.2-SEZARYEN

2.2.1-TANIM

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır(9). Ancak aşağı uterus segmentinin ve serviksin ön dudağının insizyonu ile fetusun transvajinal olarak vajinal sezaryen operasyonu ile doğmasını bu tanım içermez. Bir de fetusun sekonder implantasyon sonucu veya uterus rüptürü nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınmasını tanımlamaz(9).

2.2.2-TARİHÇE

Operasyonun ismini nereden aldığı konusundaki görüşler üç ayrı açıklama ileri sürülmüştür.

a-Julius Caesar'ın bu şekilde doğmuş olduğuna dair görüşler mevcut ise de, tarihi veriler bunları doğrulamamaktadır.

b-Orta Çağda Latince bir fiil olan caedere'nin kesmek manasına geldiği ve sezaryenin bu kökten türediği şeklindedir.

c-Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin önce “lex regia” daha sonra “lex caesarea” olarak adlandırıldığı şeklindedir(9).

1876'da Porro tarafından geliştirilen subtotal sezaryen histerektomiyi servikal güdüğün marsupiyalizasyonu ile birleştirdi. Böylece maternal kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar azaldı(9).

Sezaryende dönüm noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya

atmasıyla yaşandı. Daha öncesinde hasta kanama ya da sepsisten ölmekteyken sütür konulması mortaliteyi azalttı(9).

1912'de Krönig (10) aşağı uterus segmentinde vertikal insizyon ile transperitoneal yaklaşımı ortaya attı. 1926'da Kerr (11) yukarı doğru uzanan hilal şeklinde uterus insizyonunu önerdi. Bugün Kerr tekniği en çok uygulanan sezaryen tipidir. Antibiyotik tedavisinin ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan majör operatif işlemlerden biri haline gelmiştir(9).

2.2.3-SEZARYEN SIKLIĞI

1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı %5 lerden %20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır. Her ne kadar bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sezaryen operasyon sıklığı genel olarak bütün dünyada önemli artış göstermiştir(9).

Bu artışın sebepleri arasında:

1-Paritede azalma söz konusudur ve gebe kadınların neredeyse yarısı nullipardır. Dolayısıyla nullipar kadınlarda daha sık görülen şartlara bağlı olarak sezaryen doğum sayısında artış beklenebilir(9).

2-Daha yaşlı kadınlar çocuk sahibi olmaktadır. Son 20 yılda 30-39 yaş arası nullipar doğumlar iki katına çıkmış, 40-44 yaş arası ise %50 artmıştır(9,12,13).

3-1970'lerin başlarından itibaren elektronik fetal monitorizasyon yaygın olarak kullanılmaktadır. Fetal kalp trasesi ile ilgili kuşkular doğum eylemi durmasının bazı formlarını tarif eden endikasyonlarla operatif doğuma yönelmeye yol açmaktadır(9).

4-1990 yılına yaklaşılrken tüm makat gelişlerin % 83'ü abdominal olarak doğurtulmuştur(5).

5-Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınlar daha çok sezaryeni tercih etmektedir(7).

2.2.4-SEZARYEN ENDİKASYONLARI

Genel olarak sezaryen doğumların % 85'ten fazlası şu sebeplerden ötürü yapılmaktadır(9)

- 1-Geçirilmiş sezaryenler
- 2-Distosi
- 3-Fetal Distres
- 4-Makat prezantasyonu.

Sezaryen endikasyonları 5 sınıfta incelenebilir:

- 1-Anneyle ilgili
- 2-Bebekle ilgili
- 3-Fetus ekleriyle ilgili
- 4-Sosyal
- 5-Diğerleri

A-ANNEYLE İLGİLİ ENDİKASYONLAR

1-Geçirilmiş sezaryen: Klasik vertikal insizyon yapılan 1916'larda ortaya atılan "Bir kez sezaryen, her zaman sezaryen" kavramı, Kerr transvers insizyonunun kullanılmaya başlanması ile ve yapılan çalışmalarda uygun vakaların güvenli bir şekilde vajinal doğum yaptırılabilceğinin gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiş gözükmemektedir(9).

2-Sefalopelvik uyumsuzluk (CPD): Pelvis yapısı bebeğin doğumu için çok küçük veya anormaldir ya da bebek çok iridir. Doğumdan önce tesbit edilebilir ancak bebeğin iri olduğu durumlarda eylemin başlaması ve membran rüptüründen sonra 2. fazda 3 saatlik etkin kasılmalara rağmen ilerleme olmamasının görülmesi gerekir(9). Pelvis girişinde, midpelviste ve çıkışta uyumsuzluklar olabilir.

3-Dinamik distosi: Serviksin 1 cm/saatlik hızla açılmaması disfonksiyonel eylemi hatırlatmalıdır. Genellikle oksitosin infüzyonu ile açılma sağlanır. Ancak buna rağmen 2-3 saat boyunca hiç ilerleme olmazsa hastanın durumu tekrar gözden geçirilmelidir(9).

4-Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler: Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kolumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkansız kılabilir.

5- Annenin sistemik hastalıkları

B-BEBEKLE İLGİLİ ENDİKASYONLAR

1-Prezantasyon, situs, habitus anormallikleri

2-Fetal Distres: 1970'lerde elektronik fetal kalp hızı monitörlerinin gelişmesine bağlı olarak fetal oksijenizasyon ve asid-baz durumu ile fetal kalp hızı paterni arasındaki ilişkiler gündeme geldi. Uteroplasental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitörizasyon yapılmasının aralıklı yapılan kalp hızı oskültasyonuna bir üstünlüğü olmadığına saptanmasına rağmen fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır. Ancak sürekli anormal kalp hızı paterni olanlarda yapılmalıdır(9).

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

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

5-Rh uygunsuzluğu: Ağır formlarında hidrops gelişebilir.

C-FETUS EKLERİYLE İLGİLİ ENDİKASYONLAR

Plasenta previa, ablasyo plasenta, plasenta insersiyon anormallikleri, kordon prolapsusu ya da prezantasyonu sezaryen endikasyonu oluşturabilir.

D-SOSYAL ENDİKASYONLAR

Annenin isteğine bağlı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısı ile sezaryen yapılabilir.

E-DİĞERLERİ

Bu sınıfların hiçbirine sokulamayan endikasyonları oluşturur.

2.2.5-KOMPLİKASYONLAR

A-Potansiyel Komplikasyonlar

1-Pelvik yapıların operatif yaralanması:mesane,barsak ve ureter gibi

2-Fistül Formasyonu: Vezikouterin, üreterouterin, uteroabdominal

3-İnsizyonun Uzaması: Vajina, mesane, uterin damarları

4-İnfeksiyon: Üriner traktus, endoparametrit, yara yeri

5-Transfüzyon ihtiyacı: Kanama, anemi

6-Histerektomi

7-Hematom

8-Septik pelvik tromboflebit

9-Pulmoner emboli

10-Nekrotizan fasyitis

11-Evisserasyon

B-Maternal Mortalite:

Sezaryen doğum ile ilişkili maternal mortalite için 7 kat artmış bir relatif risk bildirilmiştir. Bildirilen çoğu ölümlerin komplike olmuş elektif olmayan işlemlerle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir(9,8).

C-Maternal Morbidite:

Vaginal doğum ile karşılaştırıldığında sezaryen doğumda maternal morbiditede artmıştır. Morbiditeyi oluşturan temel durumlar endometriozis, hemoraji, idrar yolu enfeksiyonu ve tromboembolizmdir(9). Obez kadınlarda, sezaryen doğuma bağlı morbidite dramatik bir şekilde artmaktadır(14,15).

D-Perinatal Mortalite ve Morbidite:

Sezaryenle doğumun perinatal mortalite ve morbiditeyi azalttığı konusunda net bir sonuç gösterilememiştir. Bunun nedeni de perinatal mortalite ve morbiditede etkili olan faktörlerin prematür doğum, fetal anomaliler ve antepartum olaylar gibi doğum şeklinden etkilenmeyen hadiselerin olmasıdır(6,16).

2.2.6-ABDOMİNAL İNSİZYON

Vertikal insizyon, infra umbilikal orta hat vertikal insizyon en hızlı yapılan insizyondur. İnsizyon bebeğin zorlanmadan çıkabileceği uzunlukta olmalıdır(9).

Transvers insizyonlar, modifiye edilmiş pfannenstiel insizyonu ile cilt ve subkutan doku alt transvers, hafifçe eğri bir çizgi şeklinde insize edilir. Transvers cilt insizyonunun kozmetik avantajı aşıkardır(9).

2.2.7-UTERUS İNSİZYONU

Klasik sezaryen insizyonu olarak adlandırılan alt uterin segmentin üzerinden fundus uteriye ulaşan vertikal insizyon bugün nadir olarak kullanılır. Neredeyse daima insizyon alt uterin segmente transvers olarak yapılan kerr insizyonu(11) veya çok daha az sıklıkla vertikal Krönig insizyonu(10) kullanılır. Transvers insizyon daha kolay tamir olması, bir sonraki gebelikte daha az rüptür riski olması, kalın barsak ve omentumun insizyon hattına yapışmasına izin vermemesi açısından tercih edilmektedir(9).

2.2.8-SEZARYEN HİSTEREKTOMİ

Bazı durumlarda ve genellikle ağır obstetrik hemoraji ile komplike olan durumlarda, post partum histerektomi hayat kurtarıcı olabilir. Operasyonların büyük bir kısmı inatçı uterin atoni, alt segment kanaması, uterin damarların laserasyonu, büyük myomlar, ağır servikal displazi veya karsinoma insituya bağlı hemorajiyi durdurmak için yapılır. Plesental implantasyon bozuklukları plasenta previa, plasenta akreta varyasyonları da dahil olmak üzere, sıklıkla mükerrer sezaryen ile ilgili olan bu durumlar günümüzde sezaryen histerektominin en yaygın endikasyonlarıdır(17). Elektif postpartum histerektomiye göre acil histerektomi yapılan kadınlarda kan kaybı, operasyon zamanı, infeksiyon morbiditesi ve transfüzyon oranlarında artış bildirilmiştir(18).

2.3-KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM'DA ETİK

Kadın hastalıkları ve doğum, yüzyıllardan beri olduğu gibi, son yıllarda üreme alanındaki gelişmeler, "Üreme Sağlığı" kavramının yerleşmesi, reproduktif teknolojideki ilerlemelerin de katkısıyla medikal etik konularının yoğun olarak yaşandığı bir branştır(19).

Bu bölümde medikal etik ve ilgili kavram ve ilkelerin tanımları, kadın hastalıkları ve doğum pratiğindeki yansımaları, hekim-hasta ilişkisi, maternal fetal ilişki konularının yanında etik karar oluşturma sürecinin hangi unsurları kapsadığına değinilecektir(19).

2.3.1-TANIMLAR

a.Değer ya da ilkeler; nesneler, eylemler ya da durumlar (örneğin, mutluluk) olabileceği gibi, bunlarla yada bunların arzu edilmeleriyle ilgili inanç ya da davranışlar olabilir. Her değer, onun teşvikini gerektiren bir ilkesi vardır, örneğin "yaşama saygı ilkesi" böyle bir ilkedir(19).

b.Ahlak ya da İngilizce adıyla **morality**, üç anlama gelmektedir:

1-Belirli ahlaki davranış, inanç ve gelenekleri kapsar. Bu bağlamda farklı kültürlerin farklı ahlakları (morality) olabilir.

2-Ahlak, nesnel olarak doğru olduğu kabul edilen bir manevi sistem anlamına da gelebilir. Buna göre "ahlak, herkese saygıyla davranmayı gerektirir".

3-Latince kökenli "morality" kelimesinin Yunanca kökenli karşılığı ise "etik"tir.

c.Etik, kelime olarak gelenek veya alışkanlıklara ilişkin demektir. Halen etik ya da ahlak felsefesi, ahlaki davranışın sistematik etüdü olarak kabul edilmektedir. Etikte değer ve ilkelerin aranması söz konusudur. Bir kararın, kuralın yada ilkenin (örneğin, yasal, siyasal ya da dinsel olmasının ötesinde) ahlaki olup olmadığını saptamada etik açıdan çeşitli ölçütler göz önüne alınmalıdır. Ahlaki davranışlara yol gösteren rehberin, her şeyin (örneğin yasal kaygılar gibi düşüncelerin) üzerinde; evrenselleştirilebilir ve diğer bireylerin de iyiliğine olduğu kabul edilir(19).

İyi hekimlerin klinik becerilerini sürekli olarak gözden geçirmesi gibi, etik her gün yaptığımız eylemleri, aldığımız kararları ve gösterdiğimiz gerekçeleri bir kez daha gözden geçirmemizi ister ve bu şekilde ne yapmamız gerektiği konusunda bizi aydınlatır(20).

Bireylerin değer ve ilkelerinde farklılıklar varsa etik çatışma söz konusu olur. Örneğin hekimler yaşamın korunmasını en önemli amaçlarından sayarlar, yani yaşam hekimlik değerlerinden biridir. Oysa örneğin "Yehova'nın Şahitleri" tarikatının bir üyesi için de, yaşamına mal olsa da, kan ürünleri transfüzyonunu reddetmek o kadar önemli bir değerdir. Bir başka etik çatışma örneği kanserli bir hasta ile onkoloğu arasında geçebilir. Hasta, çektiği ağrıları azaltmak için belli bir narkotik analjeziğin dozunun arttırılmasını isteyecek, onkoloğu ise doz artırımının narkotik yan etkileri şiddetlendirerek daha fazla soruna neden olacağını düşünebilecektir(20).

2.3.2-ETİĞİN İLKE VE KAVRAMLARI

1.Özerklik (otonomi)

Herhangi bir baskı altında kalmadan özgürce karar verebilme anlamındaki self-determinasyon, gerek deontolojik gerekse utilitarian ekollerce desteklenen temel bir kavramdır. Özerk olabilmesi için kişi, enine boyuna düşünebilmeli, ne belli bir eyleme doğru yönlendirilmeli ne de seçimlerinde dış baskılarla

sınırlandırılmalıdır. Bunu yapabilme belirli bir zihinsel kapasiteyi ve bu kapasiteyi kullanabilme yeteneğini gerektirir. Rüptüre tubal gebelik ya da corpus luteum hemorajikum rüptürü gibi nedenlerle hemorajik   okta olup dinsel vb. nedenlerle kan transfüzyonunu reddeden bir olguda, özerklik ilkesinin işletilmesi sağlık personelini çok zor bir durumda bırakır. Aşırı uterus kanaması olan hiç evlenmemiş bir kadının tanıs al k  retajla bir malign durumun ekarte edilmesi önerisini, hymen'inin zarar göreceği endişesiyle reddetmesi de yine hekimler için g    bir durumdur(21).

2.Zarar vermeme (Nonmaleficence)

Hipokrat okulunun "Primum nil nocere!" (  nce zarar verme!) kavramı tıp uygulamalarının temel kavramlarındanıdır. Standart bir sağlık hizmeti sunacak kadar yeteneği ve bilgisi olan bir kadın hastalıkları ve doğum hekiminden adneksial kitle ön tanısıyla pelvik böbreği ameliyatla çıkarması ya da omuz gelişi halinde oksitosin indüksiyonu uygulaması beklenmez. Ancak bu ilkeye mutlak anlamda bakarsak, günlük tıp pratiğinde arzu edilen ve hastanın yararına olan sonuca ulaşmak için değişik derecede "zarara" neden olabilmekteyiz. Örneğin benign nedenlerle yapılan total abdominal histerektomi ameliyatlarında üreterin zarar görme olasılığı % 0.7; serviks kanserinde yapılan radikal histerektomi ve lenfadenektomi ameliyetlerinde ise % 1.4 civarındadıır. Oysa operasyonların yararı risklere belirgin şekilde ağır basmaktadır. Dolayısıyla bu ilkenin kayıtsız şartsız uygulanması sonuçta, hastanın yararına olan birtakım tedavilerin   nerilememesine yol a abilir(21).

3.  yilik yapma (Beneficence)

Yapabilecek durumda ise başkalarının iyiliğine katkıda bulunmanın bir görev olduğu insanların öteden beri katıldığı bir inançtır. Bu görev Hipokrat Yemini'nde de yer almaktadır(21).

4.Paternalizm

Tıpta paternalizm (baba gibi davranma), hekimin hastanın yararına olanı en iyi bildiğini iddia ederek onun adına karar vermesi ve uygulamasına denir. Paternalist yaklaşım hekime yüklenen rol içinde yüzyıllar boyunca normal kabul edilmiştir. Örneğin elektif koşullarda bilgilendirilmiş ve gönüllü bir seçim söz konusu olmadan, hatta hiç haber vermeksizin, bir sezeryan ameliyatı sonrasında hastaya tubal sterilizasyon ameliyatı yapılması; genel ve yönetime özel danışmanlığı, ya hiç ya da gereği gibi yapmadan tek yanlı olarak kontraseptif yöntem isteği ile başvuran kadına / çifte "sizin için en iyi yöntem rahim içi araçtır" diye kestirip atmak gibi durumlar hekimin tipik paternalist yaklaşımını sergilemektedir(21).

5.Adil olma

Adil olma ilkesi yararlı ve olumsuz yanları ile sunulan hizmetin toplum içinde dağıtılması ile ilişkilidir. Aristo'nun "eşitlere eşit şekilde muamele edilmesi gerektiği" genel ilkesi bugün de kabul görmektedir. Ancak bireyler ve gruplar arasındaki farklılıklar da tanımlanabilmelidir. Günümüzün toplumlarının çoğunda cinsiyet, din, dil, ırk gibi farklılıklar, nimetlerin dağılımında ahlaki yönden geçerli ölçütler olarak görülmemektedir. Kaynakların sınırlı olması halinde adil olma ilkesi daha önemli hale gelmekte, seçim ölçütlerinin kendileri de ahlaki bir sorun olabilmektedir(21).

İngiltere'de tüm ücretlerin belli bir yüzdesinin kesilmesinden oluşan fonlardan da destek alan Ulusal Sağlık Sistemi kısır çiftlere uygulanacak in Vitro Fertilizasyon (IVF)'in ilk siklusunu finanse etmektedir. Görüldüğü gibi toplumun sunduğu nimet gibi, bireylerin katkısının da adil olması söz konusudur. Buna karşı diğer ülkelerin çoğunda IVF tedavisi ancak "paralı hizmet" şeklinde uygulandığından daha varlıklı kesimlerin daha kolay ulaşabildiği bir tedavidir.

1983'te yürürlüğe giren 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun"dan önce 10 haftaya kadar olan istenmeyen gebeliklerin her iki eşin gönüllü katılımıyla da olsa tahliye edilmesi yasaktı. Bunun sonucunda çaresiz kulan çiftler gizlice büyük paralar ödeyerek rahim tahliyesi yaptırabilirken, bu parayı ödeme gücü olmayanlar yine gizlice sağlıksız koşullarda, hatta ilkel yöntemlerle düşük yapma girişiminde bulunuyor, bunların bir kısmı ölümcül seyredebiliyordu. 2827 sayılı yasa ile 10 haftaya kadar istenmeyen gebeliklerin gönüllü olarak tahliyesine izin verilmesi, gerek çaresiz ailelerin, gerek sağlık hizmeti verenlerin bu hizmeti yasal şekilde ve sağlıklı koşullar altında almalarına olanak sağlamıştır.

2.3.3-HEKİM VE HASTANIN HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ

A-Hekimin yükümlülükleri

1-Teşhis koyma: Teşhis, en uygun tedavi yönteminin seçilip, uygulanabilmesinin ön şartıdır(22,23).

2-Tedavi yöntemini seçme ve uygulama: Hekim, hastanın hastalığına kesin teşhis koyduktan sonra, tedavi yöntemlerinden en uygun olanı seçer. En uygun yöntemden kasıt "hastalığın tedavisi için riski en az fakat başarı şansı en fazla olan" yöntemdir. Buna "en emniyetli yol prensibi" de denilmektedir(22,23).

3-Tedaviyi bizzat yapma yükümlülüğü: Hekim, seçmiş olduğu tedavi yöntemini bizzat uygulamakla yükümlüdür(22,23).

4-Hastayı aydınlatma yükümlülüğü: Hekimin, sağlığını kazandırmak amacıyla da olsa hastaya yaptığı her tıbbi müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesi için hastanın aydınlatılmış rızasının alınmış olması gerekir(24).

5-Hastanın rızasının alınması: Yaşama ve vücut bütünlüğü hakkı, en temel kişilik haklarından olduğu için, hekimin gerçekleştirdiği tıbbi müdahalenin hukuka uygun hale gelebilmesi için hastanın rızasının alınması şarttır(25).

6-Hekimin sadakat ve özen yükümlülüğü: Hekimin sadakat yükümlülüğü, hastanın sağlığının korunması için gerekli şeylerin yapılması, ona zarar verecek şeylerden ise kaçınılmasını ifade eder. Hekimin, gereğinde hastanın menfaatinin, kendi menfaatinin üstünde tutabilmesi gerekir(22). Özen yükümlülüğü, hekimin sonucun gerçekleşmesi için normal hayat deneylerine ve olayların normal akışına göre gerekli girişim ve davranışlarda bulunması ve başarılı sonucu engelleyecek davranışlardan kaçınması oluşturur(26,27)

7-Hekimin sır saklama yükümlülüğü: Hekim teşhis ve tedavi faaliyeti esnasında öğrenmiş olduğu hastaya ait sırları üçüncü kişilere açıklamamakla yükümlüdür(28). Tıbbi deontoloji nizamnamesi'nin 4. maddesinin 1. fıkrasına göre “tabip meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez.”

B-Hastanın yükümlülükleri

1-Ücret ödeme yükümlülüğü

2-Tedavi masraflarını ödeme yükümlülüğü

3-Hastanın gerekli bilgi ve belgeleri verme yükümlülüğü

C-Hastanın hakları

1-Hekimi seçme hakkı: Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin 1. maddesine göre hasta hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir. Hasta, bilgisi, birikimi, becerisi, sahip olduğu araç, gereç ile kullanmış olduğu teknolojinin üstünlüğü nedeniyle bir hekimi tercih edebilir (29).

2-Bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam: Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin 3. maddesi, Amsterdam Bildirgesi'nin 2. maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15 vd. maddelerine göre hastanın gerçekleştirilecek tıbbi müdahale konusunda bilgilendirilmesi ve onayının alınması gerekir.

3-Tedaviyi reddetme hakkı: Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. maddesine göre "kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu, hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilere veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir."

4-Mahremiyet ve özel hayata saygı: Mahremiyete saygı hakkının temelinde hastanın sağlık durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel tüm bilgilerin hastanın sağlığında ve ölümünden sonra gizli tutulması ve korunması vardır(30).

5-Başvuru (şikayet) hakkı: Ülkemizde, hasta hakları ihlallerini takip etmek ve sorunları kısa süre de çözüme kavuşturmak amacıyla Sağlık Bakanlığı nezdinde Hasta Hakları Kurulları, birçok hastanede de Hasta Hakları Birimleri oluşturulmuş bulunmaktadır.

6-Onurlu ölüm hakkı ve ötenazi yasağı: Lizbon Hasta Hakları Bildirge'sinde yer alan haklardan biride onurlu ölüm hakkıdır. Hekimin yükümlülüklerinden biriside hastanın acı ve ıstırabını dindirecek yada azaltacak tedbirleri almaktır. Ötenazi, hastalığın iyileşmesi tıbben mümkün olmayan ve mevcut tıbbi usullerle acıları da hafifletilemeyen hastaların ıstıraplarına onların öldürülmesi suretiyle son verilmesidir(25). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi m.13/3 ve hasta hakları yönetmeliği m.13'de ötenazinin her türlü yasaklanmıştır.

2.3.4- MATERNAL VE FETAL İLİŞKİLER

Obstetrik bakımda etik yükümlölükler hem gebenin, hem de fetusun yararına olmak durumundadır. Annenin yararına olan yükümlölükler, hekimin maternal özerkliği ve iyiliği temelindeki yükümlölükleridir. Fetusun yararına olan yükümlölükler ise, annenin fetüsün iyiliği temelindeki yükümlölükleri ve hekimin fetüsün iyiliği temelindeki yükümlölükleridir(31).

Maternal-fetal çatışma durumları arasında çeşitli müdahale, müdahale etmeme ve baskıcı etkiler sayılabilir. Terme yaklaştıkça maternal-fetal çatışma, monitorizasyonu reddetme ya da tıbben önerilmeyen bir tedavide ısrar etme şeklini alabilir. Ne fetal ne de maternal endikasyon olmamasına karşın, gebe kadının sezeryan ameliyatını talep etmesi, maternal-fetal çatışmadan çok, anne rahatına karşı anne özerkliği durumudur.

Hekimin gerçek endikasyon olmaksızın sezeryan önermesi ise obstetrik bakımın iki etik yükümlölüğüyle de bağdaşmaz. Belirgin endikasyona karşın, termde sezeryanı reddeden olgulara batı toplumlarındaki kadar rastlamıyoruz. Böyle durumlarda Amerika Birleşik Devletleri'nde, önemli maternal risk taşıyan bir cerrahi işlem söz konusu ise, olgunun özerkliğine riayet edilmekte; eğer hafif maternal riske karşı önemli fetal kazanım sağlayacaksa da mahkeme kararı ile müdahale yapılmaktadır(31).

2.3.5-SEZARYEN REDDİNE ETİK AÇIDAN BAKIŞ

Son yıllarda, ülkemizde ve tüm dünyada sezaryen ile doğan bebek oranı hızla artmaktadır. Bugün birçok gelişmiş ülkede sezaryen uygulaması yüksek oranda seyretmektedir. Bu durum sezaryenin bir çok hekim ve aile tarafından benimsendiğinin göstergesidir. Sezaryen oranı arttıkça normal doğum azalmaktadır. Ancak, son 20 yıl içinde sezaryen oranlarındaki artışın, perinatal ve maternal mortalitedeki düşmenin sebebi olmaktan çok sonucu olduğu düşünülmektedir (32).

Dünya sağlık örgütü hem düşük hemde yüksek riskli anne adaylarının tedavisini üstlenen bir merkezin ortalama sezeryan oranının %17 olması gerektiği görüşünü savunmaktadır(32).

Yeterlilik ve Sezeryanın Reddi

Yeterliliği olan erişkinin verilen tedaviyi reddetme hakkı iyi bilinen bir kavramdır. Tedaviyi reddetme hakkı, temelini özerkliğe saygı ilkesinden almaktadır.

Ancak gebe kadınlar tedaviyi reddettiklerinde, bu karardan bebek de etkilenmektedir. Bu nedenle, bir tarafta doğmamış çocuğun yaşamı, diğer tarafta ise gebe kadınların hakları tartışılmakta, yani gebe kadının özerkliği ile fetusun hakları arasında çatışma ortaya çıkmaktadır. Gebe kadının sezeryanı reddetmesi halinde, mahkeme kararı ile sezaryen yapılması da söz konusu olmakta, fakat bu durum pek çok tartışmayıda beraberinde getirmektedir(32,33).

Diğer girişimlerin reddedilmesinde olduğu gibi, sezeryanın reddedilmesi durumunda da en çok üzerinde durulan konulardan biri, “hastanın yeterliliği” kavramıdır. Yeterli kişi, yaşamını kontrol edebilen ve yaşamı ile ilgili kararları verebilen, dolayısı ile onamı ya da reddi geçerli kabul edilen kişidir (34). Ancak, yeterliliğin ölçümüne ilişkin standart kabul edilen bir test yoktur. Hastanın önerilen tedavi yöntemi ile ters düşen bir karar vermesi durumunda, klinisyenlerin hastaların yeterlilik düzeylerini tarafsız bir şekilde değerlendirmekte zorlanabilecekleri belirtilmektedir (35).

Sezeryan girişiminin reddedilmesi durumunda da, yeterlilik durumunun değerlendirilmesinde zorluklar yaşanabileceğine ve mahkemelerin de konuyla ilgili farklı kararlar verebildiklerine dikkat çekilmektedir (32). Örneğin, hekimlerin yeterliliğinden şüphe duymaları sonucunda, akıl sağlığına ilişkin sorunu olduğu yönünde karar alınan ve mahkeme emri ile sezaryen uygulanan bir gebe kadına, aslında bu süreç içinde psikiyatrik tedavi verilmediği belirlenmiştir.

Hastanın yeterli olmadığına ilişkin karar, daha sonra temyiz mahkemesi tarafından bozulmuş, fakat sezaryen girişimi ilk mahkeme kararını takiben yapılmıştır (32,33).

Yeterliliğin değerlendirilmesinde önemli olanın, kişinin karar verebilmek için gereken bilgileri ve vereceği kararın sonuçlarını kavrayabilme yetisi olduğu vurgulanmaktadır. Ancak, hekimin hastanın kararına katılması yada karşı olması, bu değerlendirmeyi etkilememelidir(35).

Varsayılan Onam

Varsayılan onam (implied consent) kavramı, kişinin bir girişime (örneğin cerrahi bir müdahaleye) onam vermesi halinde, bu girişim için gerekebilecek başka girişimlere de (örneğin anestezi kullanılması ya da bir ekibin cerraha yardım etmesine) onam verdiği düşünülen durumlara ilişkin olarak kullanılmaktadır(36). Benzer şekilde, doğuma kadar gebeliğini sürdürmeye ve doğurmaya karar vermiş olan bir kadının sezaryene de onam verme sorumluluğu olduğu, çünkü gebeliği devam ettirmekle aslında çocuğun doğması için de her şeye onam vermiş sayılabileceği ileri sürülmektedir (36).

Ancak, sezaryenin başlı başına bir ameliyat olduğu ve bir takım riskler içerdiği göz önüne alındığında, ima edildiği düşünülen onam, böyle bir girişimi haklı çıkarmakta yetersiz kalacaktır. Dolayısıyla, diğer tüm girişimler için olduğu gibi sezaryen için de hastanın aydınlatılmış onamının alınması gereklidir.

Adalet ilkesi ve Fetuse Karşı Sorumluluklar

Sezaryenin reddine ilişkin yorumlarda, özerkliğe saygı ilkesinden temel alan yaklaşımların ön planda olduğu görülmektedir. Ancak Draper, sezaryen girişiminin reddedilmesi durumunda aslında sorunun anne ve fetüsün haklarının çatışmasından daha farklı olarak ele alınabileceğini belirtmiştir(36). Yazarın yaklaşımı, daha çok adalet ilkesine dayanmaktadır. Anne ve fetüs hakları

arasındaki çatışmaların anne hakları lehine çözülmesi durumunda fetüsün zarardan korunmasının yalnızca annenin tercihinine bağlı bir durummuş gibi bir izlenim doğabileceğine dikkat çeken yazar, aslında fetüsün "zarar görmekten korunma" gibi bir hakkı söz konusu ise, bu bağlamda topluma da ödev yüklemenin gerektiğini vurgulamaktadır.

Toplumsal eşitsizlikler ve çevre kirliliği gibi pek çok sebebin fetüse zarar verebilmesi mümkündür ve bunları engellemek gebe kadının başedebileceği sorunlar değildir. Gebe kadının fetusu korumak için sezaryene onam vermekle yükümlü olduğunu iddia edebilmek için, tüm bireylerin fetusun zarar görmesini engellemek amacıyla ödevler yüklendiği ideal bir toplum yapısı, yani bu sorumluluğun adaletli bir şekilde paylaşılması gerekmektedir. Aksi takdirde, yalnızca anneye bu amaçla ödev yüklenmesi adil olmaz (36).

Tıbbi Sezaryen Endikasyonları ve Profesyonel Bütünlük Açısından sezaryen Girişimi

Sezaryen girişiminin kesin endikasyonları, sefalopelvik uyumsuzluk, plasenta previa, major plasenta dekolmanı, transvers ve oblik gelişler, göbek kordonu sarkması, ciddi preeklampsi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumlarda sezaryen yapılmadığı takdirde anne ve bebek ölüm oranı %5.8-8.5 arasında değişmektedir. Fetal distres, makat geliş, geçirilmiş sezaryen ameliyatı, doğum sayısının fazla olması, çok küçük veya çok büyük bebek ise göreceli sezaryen endikasyonları arasındadır. Ayrıca normal doğum korkusu ve önceki normal doğumun sıkıntılı geçmesinin de, annenin sezaryen isteğinde bulunmasına sebep olabileceği belirtilmiştir (37).

McCullough ve Chervenak, sezaryen girişiminin endike olduğu durumlar göz önüne alındığında, mahkeme kararı ile sezaryen uygulamasının söz konusu olduğu tüm davaların aynı olmadığına dikkat çekmektedirler(38). Örneğin, plasenta previa da vajinal yolla doğumun, hem fetüs hem de anne için çok ciddi sonuçları olabilmektedir. Dolayısıyla böyle bir durumda vajinal doğum

önerilmesi akılcı bir yaklaşım olmamakta, sezaryen girişimi ise hem anne adayı hem de fetüs için en uygun tedavi yöntemi haline gelmektedir. Bu durumda sezaryen önerisi tecrübe ve bilimsel verilerle oluşmuş doğru bir karardır. McCullough ve Chervenak, plasenta previa durumunda sezaryeni reddedip normal doğum talep eden bir hastanın, en güvenilir klinik yargılara ters düşen bir bakım ve hizmet talep ettiğini, oysa hastaların böyle bir pozitif hakkı bulunmadığını söylemektedir. Bu nedenle yazarlar; placenta previa gibi en iyi tedavi yönteminin sezaryen olduğu ve hem anne hem de fetüs için net faydadan bahsedilebileceği durumlarda, şayet sezaryen reddediliyor ve hekimden normal yolla doğum yaptırması bekleniyorsa, mahkeme kararı ile sezaryen uygulanmasının etik açıdan haklı çıkarılabilir noktaları olduğunu belirtmişlerdir(38).

McCullough ve Chervenak'ın bu yaklaşımı, "profesyonel bütünlüğe saygı" ilkesinde karşılığını bulmaktadır. İlkenin kullanılmasını öneren Miller ve Brody, bu ilke doğrultusunda, hekimlerin yüksek bilimsel yeterlilik standartları uyarınca hareket etmekle yükümlü olduğunu belirtmişlerdir; dolayısı ile sezaryen, endikasyonlarının da bu standartlarla belirlenmesi gerekmektedir. Yarar sağlaması muhtemel olmayan bir tedavinin uygulanması, bu standartlardan sapılmasına sebep olacaktır (39).

Gebe bir kadının sezaryeni reddetmesi durumunda, sorun hem kadının özerkliği ve dokunulmazlığı, hem de fetüsün hakları ve tıp mesleğinin etik bütünlüğünün korunması açısından ele alınarak uygun bir karar verilmelidir. Bu süreçte hekim hastasının yeterliliğini tarafsız bir gözle değerlendirebilmeli, sezaryen girişimini önerirken de eldeki bilimsel veriler ve tecrübeleri doğrultusunda profesyonel bütünlük ilkesinin öngördüğü yüksek standartlardan ayrılmamalıdır. Ayrıca, hekimin hastası ile kurduğu iletişim çerçevesinde onu ikna etmeye çalışması da haklı sayılabilen bir yaklaşımdır. Ancak sorun tüm bunlara rağmen çözilemiyorsa, yeterliliği olan her hastanın tedaviyi reddetme hakkının bulunduğu da unutulmamalıdır.

3-MATERYAL VE METOD

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine mayıs 2007 – şubat 2008 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran gebelere tercih ettikleri doğum şeklini ve nedenlerini araştırmak amacıyla hazırlanan anket soruları sözlü olarak onay alındıktan sonra araştırmacı tarafından hastalara sorulmuş ve hastalardan alınan cevaplar yine aynı araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Anket çalışması sonunda ankete 1588 gebe katıldı. Ankete 6 ile 40 gebelik haftası arasında olan gebeler alındı. Gebelik haftası olarak poliklinikte yapılan obstetrik ultrasonografi değeri esas alındı. Ankete polikliniğe sancı (travayda olan) nedeniyle başvuran gebeler alınmadı. Anket formundaki sorular sırasıyla şu demografik parametreleri sorgulamakta idi: yaş, obstetrik anamnez (Gravida, parite, yaşayan, abortus, küretaj sayısı), obstetrik ultrasonografiye göre gebelik haftası, normal doğum sayısı, sezaryen ile doğum sayısı, meslek, gelir düzeyi (500 YTL ücretin altında geliri olanlar, 500–1000 YTL arası geliri olanlar, 1000–2000 YTL geliri olanlar, 2000 YTL üzerinde geliri olanlar olarak gruplandı), eğitim durumu (okula gitmemiş, ilköğretim, lise, üniversite), tercih ettiği doğum şekli ve nedenleri. Tercih ettikleri doğum şeklini sorarken daha önce ameliyat (sezaryen, appendisit gibi.) geçirmiş olsa dahi herhangi bir problem olmadığı takdirde her iki doğum şeklinden birini seçme imkanı olsaydı, doğum şekli olarak normal doğum mu, sezaryen mi istediğini sorduk. Seçtiği doğum şeklinde tercih nedenlerinin saydığımız maddelerden hangisi veya hangilerinin olduğunu sorduk.

Normal doğum tercih nedenleri:

- 1-Çevre baskısı
- 2-Anestezi veya ameliyat korkusu
- 3-Önceki doğumun normal yolla olması

- 4-Maliyetin daha düşük olması
- 5-Erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek isteği
- 6-üç'ten fazla çocuk isteği
- 7-Daha az kanama olması
- 8-Daha az enfeksiyon olması
- 9-Daha erken emzirebilmek
- 10-Diğer (Daha sağlıklı ve iyi olduğu için, diğer)

Diğer kısmında daha sağlıklı ve iyi olduğu cevabı fazla olduğundan onu 11. neden olarak inceledik.

Sezaryen tercih nedenleri

- 1-Bebeği riske atmamak için
- 2-Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu
- 3-Ağrı çekmemek için
- 4-Doğum zamanının önceden bilirlenebilme şansı olduğundan
- 5-Normal doğum korkusu
- 6-Önceki zor doğum öyküsü
- 7-İleride büyük tuvaletini tutamama korkusu
- 8-İleride idrar tutamama korkusu
- 9-Cinselliği koruma kaygısı
- 10-Rahim ve diğer organların sarkması korkusu
- 11-Tüplerini bağlatma isteği
- 12-İleri yaş
- 13-Önceki infertilite ya da tedavi ile gebelik öyküsü
- 14-Diğer

Daha sonra anket sonuçları SPSS 15 programında kaydedildi. SPSS 11.5 istatistik programında ki-kare testi uygulanarak $p < 0.05$ anlamlılık sınırı kabul edilerek sonuçlar değerlendirilmiştir.

4-BULGULAR

Hastanemiz gebe ve riskli gebelik polikliniklerine mayıs 2007 ve şubat 2008 tarihlerinde başvuran 1588 gebeye anket yapıldı. Gebeler yaş gruplarına göre, gravida, parite, gebelik haftası, önceki normal doğumu, önceki sezaryen doğumu, mesleğine, eğitim durumuna, gelir durumuna ve tercih ettiği doğum şekline göre değerlendirildi.

1-Gebelerin yaş, garvida ve paritelerine göre dağılımı

Yukarıda belirtilen tarihler arasında anket yapılan 1588 gebenin yaşları 3 gruba ayrıldı. En küçük 15 yaşında en büyük 48 yaşında olan gebelerin yaş grupları; 1. grub 15-24 yaş arası, 2. grub 25-34 yaş arası, 3. grub 35 yaş ve üzeri olarak belirlendi. Tablo-1’de gebelerin yaş gruplarına göre sayıları ve oranları görülmektedir.

Tablo -1: Gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Gebe sayısı	Oran %
15 - 24 yaş	560	35.3
25 - 34 yaş	866	54.5
35 yaş ve üstü	162	10.2
Toplam	1588	100

Gebeler gravidalarına göre 1,2,3, 4 ve üzeri olarak gruplandırıldı. Gravida değeri en yüksek 11 idi. Paritelerine göre 0,1,2,3 ve üzeri olarak gruplandırıldı. Paritenin en yüksek değeri 5 idi. Tablo-2’de gebelerin gravida ve paritelerine göre sayıları ve oranları görülmektedir.

Tablo -2: Gebelerin Gravida ve Paritelerine göre dağılımı

Gravida			Parite		
	Sayı	Oran %		Sayı	Oran %
1	590	37.2	0	662	41.7
2	535	33.7	1	579	36.5
3	258	16.2	2	246	15.5
4 ve üstü	205	12.9	3 ve üstü	101	6.3
Toplam	1588	100		1588	100

2-Gebelerin gebelik haftalarına göre dağılımı

Gebelerin gebelik haftası poliklinikte yapılan obstetrik ultrasonografi değerlerine göre kaydedildi. 6 ile 40 gebelik haftası arasında olan gebeler ankete alındı. Gebeler gebelik haftasına göre 3 gruba ayrıldı. 1. grup 6-12 hafta (1. trimester), 2. grup 13-27 hafta (2. trimester), 3. grup 28-40 hafta (3. trimester). Tablo-3'te gebelerin gebelik hafta grubuna göre sayıları ve oranları görülmektedir.

Tablo -3: Gebelik haftalarına göre dağılımı

Gebelik haftası	Sayı	Oran %
1 – 12 hafta	301	19
13 – 27 hafta	643	40.5
28 – 40 hafta	644	40.5
Toplam	1588	100

3-Gebelerin önceki normal doğum ve sezaryen sayılarına göre dağılımı

Gebelere önceki normal doğum ve/veya sezaryen sayıları soruldu. Sayılar 0,1,2,3 ve üzeri olarak gruplandırıldı. Önceki normal doğum sayısı maksimum 5,

önceki sezaryen sayısı maksimum 3 idi. Tablo-4'te önceki normal doğum ve sezaryen sayılarına göre gebelerin sayıları ve oranları görülmektedir.

Tablo – 4:Önceki normal doğum veya sezaryen sayılarına göre dağılım

	Önceki normal doğum		Önceki sezaryen	
	Sayı	Oran %	Sayı	Oran %
0	909	57.2	1304	82.1
1	413	26	230	14.5
2	176	11.1	50	3.1
3 ve üstü	90	5.7	4	0.3
Toplam	1588	100	1588	100

4-Gebelerin mesleğine göre dağılımı

Gebeler mesleğine göre gelir getiren herhangi bir işte çalışan veya çalışmayan (ev hanımı) olarak iki grupta incelendi. Tablo-5'te gebelerin mesleğine göre sayıları ve oranları görülmektedir.

Tablo -5: Gebelerin mesleğine göre dağılımı

Meslek	Sayı	Oran %
Çalışan Gebe	225	14.2
Çalışmayan (ev hanımı)	1363	85.8
Toplam	1588	100

5-Gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımı

Gebeler eğitim durumlarına göre okula gitmemiş, ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olarak 4 gruba ayrıldı. Tablo-6'da gebelerin eğitim durumlarına göre sayıları ve oranları görülmektedir.

Tablo -6: Gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	Oran %
Okula gitmemiş	50	3.2
İlköğretim	1096	69.1
lise	325	20.3
üniversite	117	7.4
Toplam	1588	100

6-Gebelerin gelir düzeyine göre dağılımı

Gebeler gelir düzeyine göre 500 YTL ücretin altında geliri olanlar, 500–1000 YTL arası geliri olanlar, 1000–2000 YTL arası geliri olanlar, 2000 YTL üzerinde geliri olanlar olarak gruplandı. Tablo-7’de gebelerin gelir düzeyine göre sayıları ve oranı görülmektedir.

Tablo -7: Gebelerin Gelir düzeyine göre dağılımı

Gelir Durumu	Sayı	Oran %
500 YTL altı	174	11
500 – 1000 YTL	1027	64.7
1000 – 2000 YTL	346	21.8
2000 YTL üstü	41	2.5
	1588	100

7-Gebelerin tercih ettikleri doğum şekline göre dağılımı

Gebelere herhangi bir problem olmadığı takdirde ve istediği doğum şeklini tercih edebilme imkanı olduğunda hangi doğum şeklini tercih edeceği soruldu. %84’ü normal doğumu tercih etti. Taplo-8’de sayıları ve oranları görülmektedir. Tablo-9’da sağlık çalışanı olan gebelerle, sağlık çalışanı olmayan gebelerin tercih ettikleri doğum şekline göre sayı ve oranları görülmektedir.

Tablo -8: Gebelerin doğum şekli tercihlerine göre dağılımı

Tercih şekli	Sayı	Oran %
Normal doğum	1336	84.1
Sezaryen	252	15.9
Toplam	1588	100

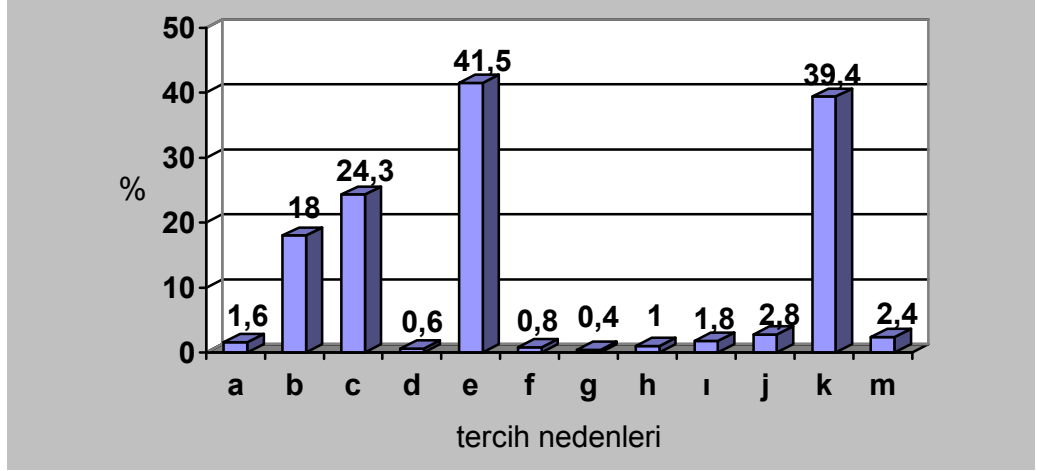
Tablo -9: Tercihlerin sağlık çalışanlarıyla karşılaştırılması

	Sağlık çalışanı olmayan		Sağlık çalışanı olan	
Tercih şekli	Sayı	Oran %	Sayı	Oran %
Normal doğum	1311	84.9	25	56.8
Sezaryen	233	15.1	19	43.2
Toplam	1544	100	44	100

8-Normal doğumu tercih eden gebelerin tercih nedenleri

Normal doğumu tercih eden gebelere tercih nedeni 11 başlık altında soruldu. Verdikleri cevaba göre; erken iyileşmek ve eve erken gitmek isteyenler %41.5, daha sağlıklı ve iyi olduğunu düşünenler %39.4, önceki normal doğum nedeniyle tercih edenler %24.3, ameliyat korkusu nedeniyle tercih edenler %18'di. Grafik-1'de normal doğum tercih nedenleri yüzde dağılımlarına göre görülmektedir. Diğer nedenler; sezaryen sonrası ağrı olması(14 kişi), rahim içindeki pisliklerin temizleneceğini düşünmesi(9 kişi), hastalıklardan arınacağını ve hastalıklardan korunacağını düşünmesi(2 kişi), sezaryen sonrası bakacak kişi olmaması(2 kişi), dikiş izi istememesi, doğarken çocuğunu görmek istemesi, annelik duygusunu daha iyi hissedeceğini düşünmesi.

Grafik 1: Normal Doğumu tercih nedenlerinin yüzde dağılımı

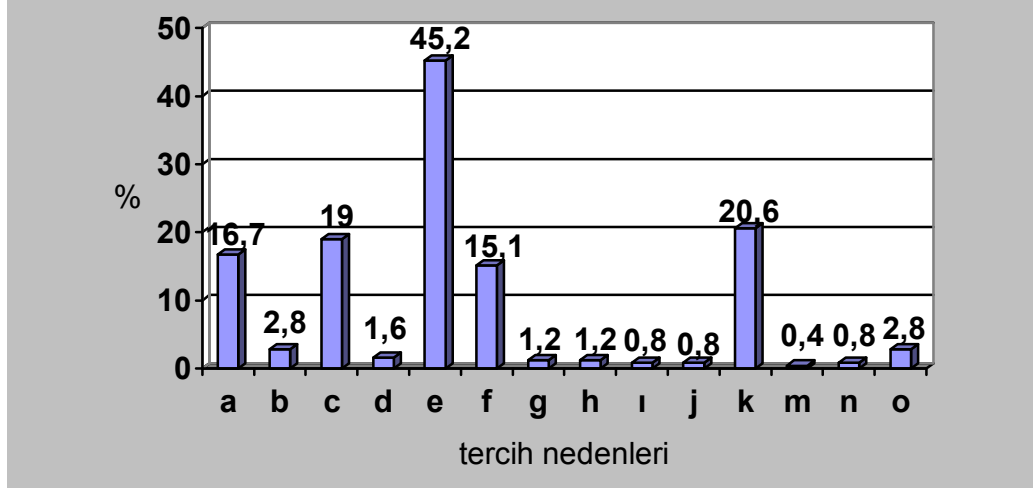


- a-çevre baskısı,
- b-ameliyat korkusu,
- c-önceki doğumun normal yolla olması,
- d-maliyetin daha düşük olması,
- e-erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği,
- f-çok çocuk isteme,
- g-daha az kanama olması,
- h-daha az enfeksiyon olması,
- ı-daha erken emzirebilmek,
- j-doğal, fizyolojik olması,
- k-daha sağlıklı ve iyi olması,
- m-diğer

9-Sezaryen doğumu tercih eden gebelerin tercih nedenleri

Sezaryen doğumu tercih eden gebelere tercih nedeni 14 başlık altında soruldu. Verdikleri cevaba göre; normal doğum korkusu diyenler %45.2, tüplerini bağlatmak isteyenler %20.6, ağrı çekmemek için diyenler %19, bebeği riske atmamak için diyenler %16.7, önceki zor doğum nedeniyle diyenler %15.1'di. Grafik-2'de sezaryen doğum tercih nedenleri yüzde dağılımlarına göre görülmektedir. Diğer nedenler olarak kalp hastalığı, epilepsi hastalığı, human papilloma virüs (vaginal condilom) olduğu söylendi.

Grafik-2: Sezaryen tercih nedenlerinin yüzde dağılımı



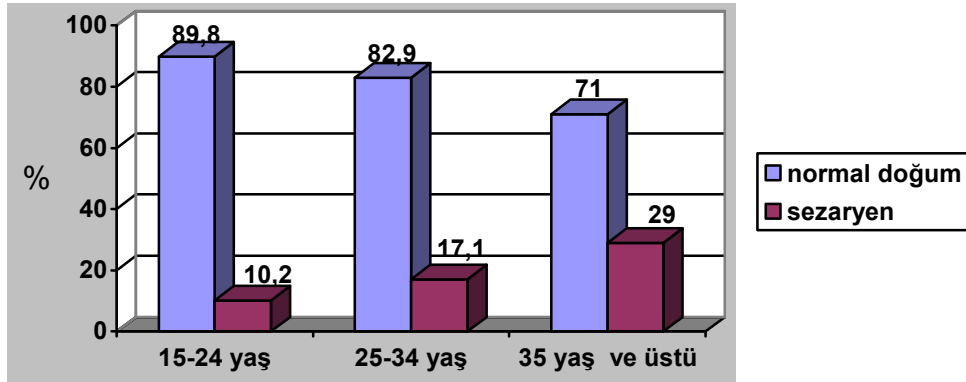
- a-bebeği riske atmamak için,
- b-cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu,
- c-ağrı çekmemek için,
- d-doğum zamanının önceden belirlenebilme şansı olduğundan,
- e-normal doğum korkusu,
- f-önceki zor doğum öyküsü,
- g-ileride büyük tuvaletini tutamama korkusu,
- h-ileride idrar tutamama korkusu,
- ı-cinselliği koruma kaygısı,
- j-rahim ve diğer organların sarkması korkusu,
- k-tüplerini bağlatma isteği,
- m-ileri yaş nedeniyle,
- n-önceki infertilite veya tedavi ile gebelik öyküsü,
- o-diğer

Yukarıda hasta grubumuzun genel demografik özelliklerini, doğum şekli tercih oranlarını ve tercih sebeplerinin oranlarını belirttik. Demografik özelliklerin tek tek doğum şekli tercihi üzerine etkilerini de araştırdığımızda şu sonuçlara ulaştık;

1-Yaş gruplarına göre doğum şekli tercihleri

Yaş gruplarına göre 15-24 yaş arası gebelerin % 89.8'i, 25-34 yaş arası gebelerin %82.9'u ve 35 yaş ve üzeri gebelerin %71'i normal doğumu tercih etmiştir. Grafik-3'te yaş gruplarına göre tercihlerin yüzde dağılımı görülmektedir($p<0.05$).

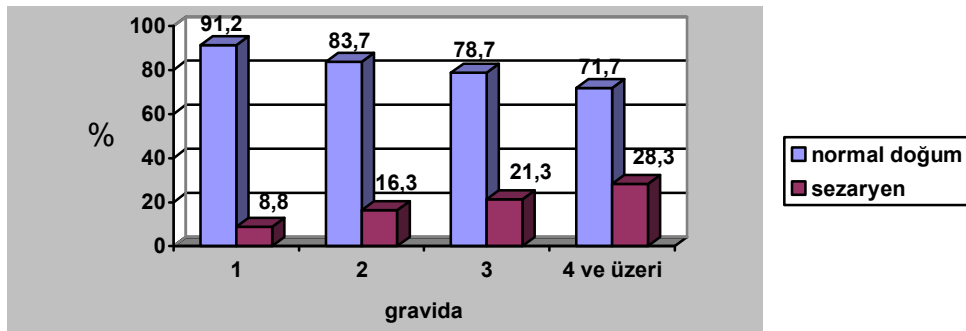
Grafik-3 : Gebelerin yaş dağılımına göre tercihlerin yüzde dağılımı



2-Gravidalarına göre doğum şeklini tercih yüzdeleri

Gravidası 1 olan gebelerin %91'i normal doğumu tercih ederken gravidası 4 ve üzeri olan gebelerin %71'i normal doğumu tercih etmektedir. Grafik-4'te gravidalarına göre doğum şeklini tercih yüzdeleri görülmektedir($p<0.05$).

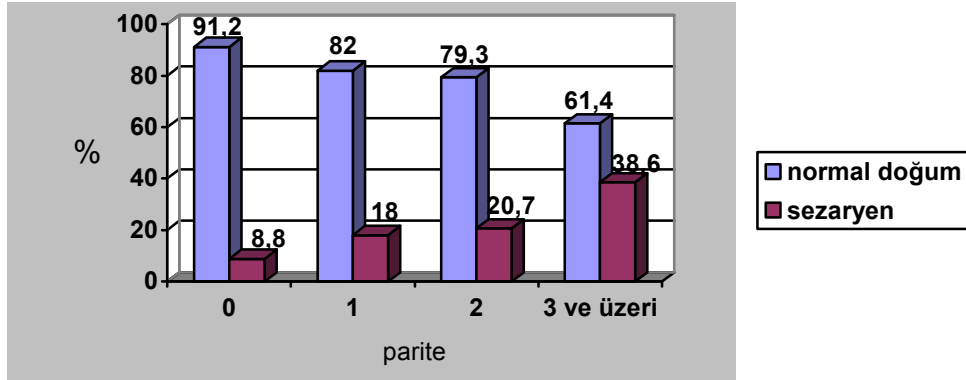
Grafik-4 : Gravidaya göre normal doğum ve sezaryen tercih yüzdeleri



3-Paritelerine göre doğum şeklini tercih yüzdeleri

Paritesi 0 (sıfır) gebelerin %91'i normal doğuü tercih ederken, paritesi 3 ve üzeri olan gebelerin %61'i normal doğumu tercih etmektedir. Grafik-5'te paritelerine göre doğum şeklini tercih yüzdeleri görölmektedir($p<0.05$).

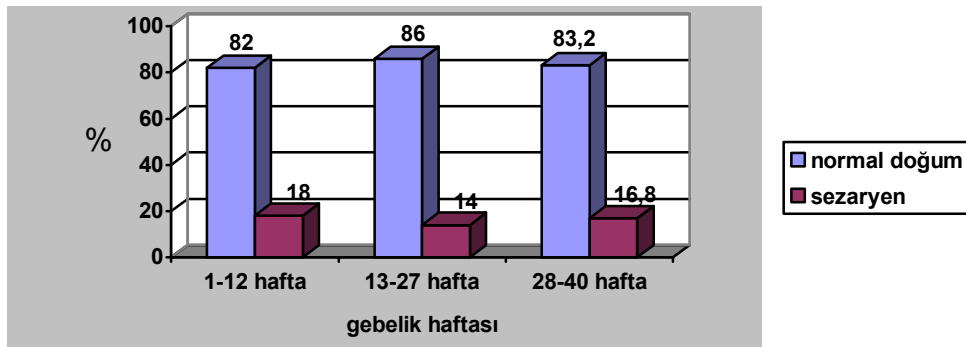
Grafik-5: Paritelerine göre normal doğum ve sezaryen tercih yüzdeleri



4-Gebelik haftalarına göre doğum şeklini tercih yüzdeleri

Gebelerin gebelik haftaları ve doğum tercih yüzdeleri grafik-6'da gösterilmiştir. Ortalama %82-86 arasında normal doğum, %14-18 arasında sezaryen doğumu istemektedirler($p>0.05$).

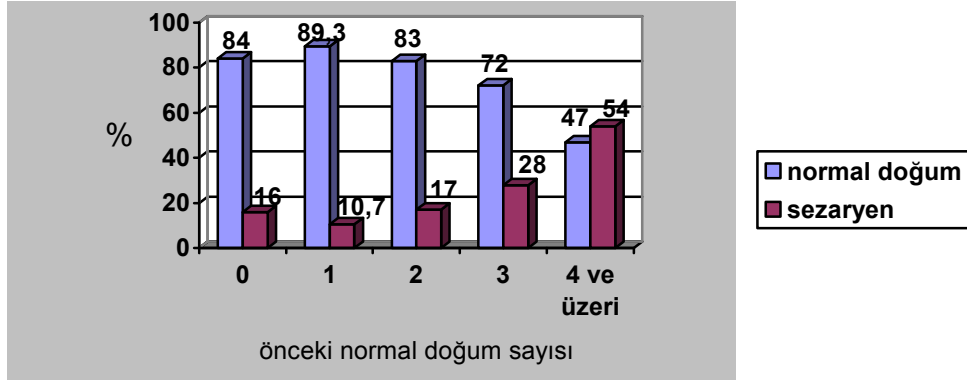
Grafik-6: Gebelik haftalarına göre tercih yüzdeleri



5-Önceki normal doğum sayılarına göre doğum şeklinin tercihi

Gebelerin önceki normal doğum sayılarına göre istedikleri doğum şekli grafik-7’de gösterilmiştir. Buna göre önceki normal doğum sayısı 1 olan gebelerin %89’u normal doğum tercih ederken, önceki normal doğum sayısı 4 ve üzeri olan gebelerin %47’i normal doğumu tercih etmektedir($p<0.05$).

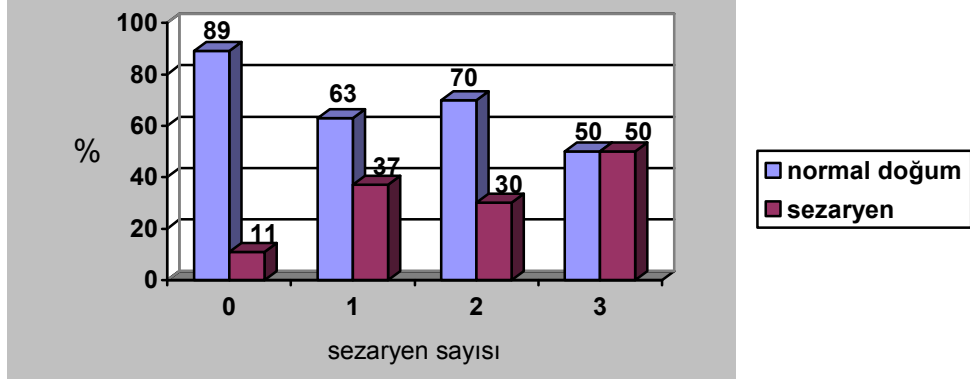
Grafik-7: Önceki normal doğum sayılarına göre tercih yüzdeleri



6-Önceki sezaryen doğum sayılarına göre doğum şeklinin tercihi

Grafik-8’de önceden sezaryen ile doğum yapmayan gebelerin %89’u normal doğumu tercih ederken, 3 kez sezaryen doğum yapan gebelerin % 50’si normal doğum tercih etmektedir($p<0.05$). Grafikta 2 kez sezaryen olanların sezaryen isteği azalmış gibi görülmekte ancak oranı ortalama sezaryen isteğinden fazladır.

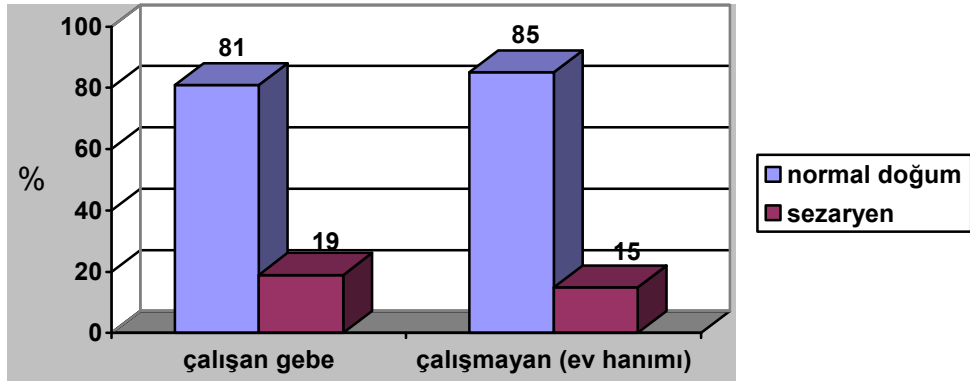
Grafik-8: Önceki sezaryen sayılarına göre tercih yüzdeleri



7-Gebelerin mesleklerine göre doğum şeklinin tercihi

Gebelerin mesleklerine (çalışan veya çalışmayan) göre doğum şeklini tercih yüzdeleri grafik-9’da görülmektedir($p>0.05$).

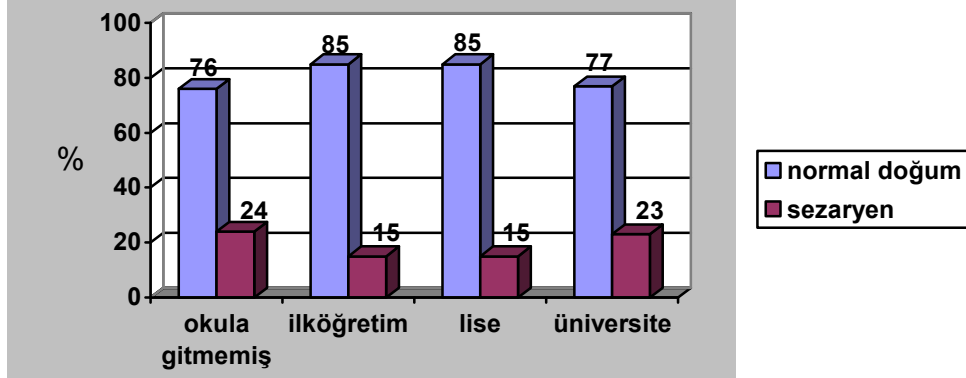
Grafik-9: Gebelerin mesleklerine göre tercih yüzdeleri



8-Gebelerin eğitim durumlarına göre doğum şeklinin tercihi

Gebelerin eğitim durumlarına göre tercih ettikleri doğum şeklinin yüzdeleri grafik-10'da gösterilmektedir($p>0.05$).

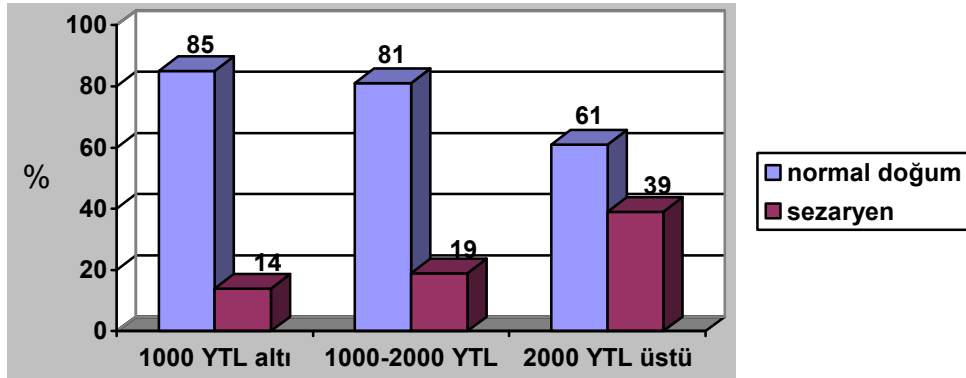
Grafik-10: Gebelerin eğitim durumlarına göre tercih yüzdeleri



9-Gebelerin gelir düzeyine göre doğum şeklinin tercihi

Gebelerin gelir düzeyine göre 1000 YTL ve altında geliri olan gebelerin %85'i normal doğumu tercih ederken, geliri 2000 YTL ve üzeri olan gebelerin %61'i normal doğumu tercih etmektedir. Grafik-11'de gösterilmektedir($p<0.05$).

Grafik-11: Gebelerin gelir düzeylerine göre tercih yüzdeleri



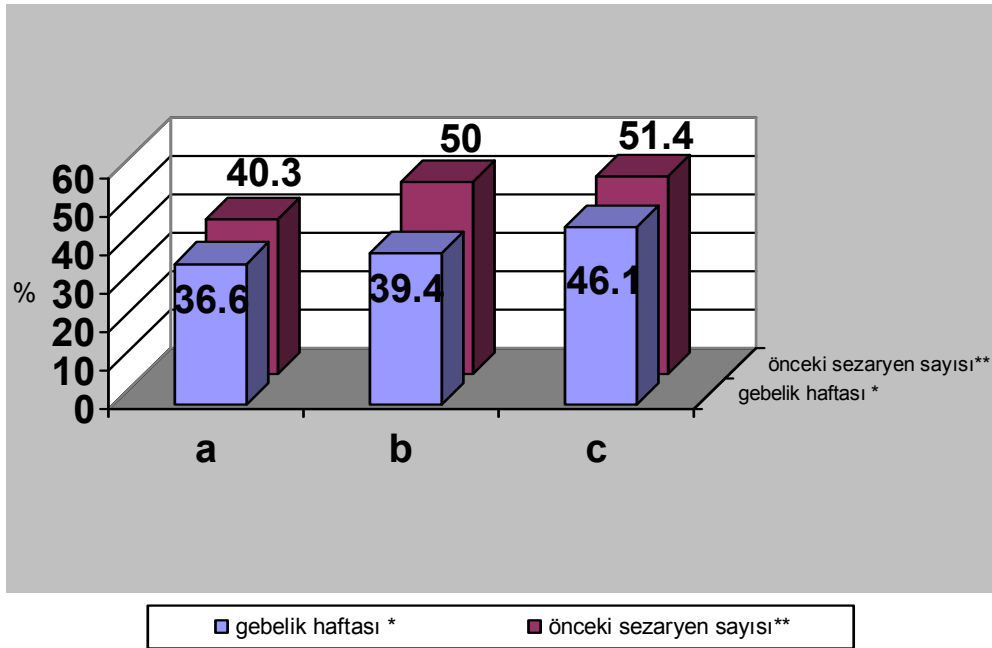
Buraya kadar hastaların doğum şekli tercihini etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Yaş, gravida, parite, gelir düzeyi arttıkça sezaryen isteğinin arttığı görülmektedir. Ancak gebelik haftasının, eğitim düzeyinin ve herhangi bir işte çalışıyor olmanın doğum şekli tercihini etkilemediği görülmektedir.

Bu sonuçlar ışığında doğum şeklini belirleyen ankette sorguladığımız tercih sebepleri ile ilgili olarak ileri analiz yaptık (sorguladığımız tercih sebepleri ile demografik parametreler arasında lojistik regresyon analizi yapıldı.) Çok sayıda farklı tercih sebebi sorgulandığından burada sadece lojistik regresyon analizi ile istatistiksel anlamlı fark yaratan tercih sebepleri gösterilmiştir.

a-Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği nedeniyle normal doğum tercihinde etkili olan parametreler

Erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek nedeniyle normal doğum tercihinde etkili olan parametreler gebelik haftası ve önceki sezaryen sayısı olarak tespit edildi. Gebelik haftası 12 ve altı olanların %36,6'sı, gebelik haftası 28 ve üzeri olanların % 46.1'i ($p<0.05$) erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek nedeniyle normal doğum tercih ederken önceki sezaryen sayısı 0(sıfır) olanların %40,3'ü, önceki sezaryen sayısı 2 olanların %51.4'ü erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek nedeniyle normal doğum tercih etmiştir.(Grafik-12) ($p<0.05$).

Grafik-12: Erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek nedeniyle normal doğumu tercih edenlerin gebelik haftası ve önceki sezaryen sayısına göre yüzdesel dağılım



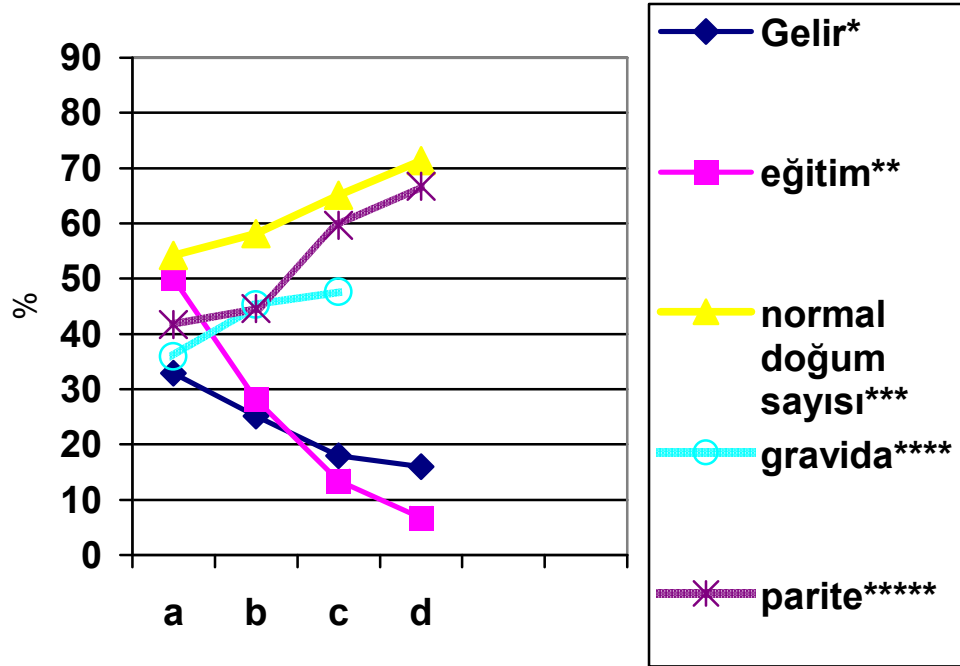
*Gebelik haftası a:6-12 hafta, b:13-27 hafta, c:28-40 hafta.

**Önceki sezaryen sayısı a:0, b:1, c:2

b-Önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle normal doğum tercihinde etkili olan parametreler

Önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle normal doğum tercih edenlerde etkili olan parametreler gelir düzeyi, eğitim durumu, önceki normal doğum sayısı, gravida ve parite sayısı olarak tesbit edildi. Grafik-13'te görüldüğü gibi gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle normal doğumu tercih edenlerin sayısının azaldığı tesbit edildi. Ancak önceki normal doğum sayısı, gravida ve parite sayısı arttıkça önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle normal doğumu tercih edenlerin sayısı artmaktadır($p<0.05$).

Grafik-13: Önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle normal doğum tercih edenlerin gelir düzeyi, eğitim durumu, gravida, parite ve normal doğum sayısına göre yüzdesel dağılımı



*Gelir düzeyi a:500YTLaltı, b:500-1000 YTL, c:1000-2000 YTL,d:2000 YTL üstü

**Eğitim durumu a:okula gitmemiş, b:ilköğretim, c:lise, d:üniversite

***Önceki normal doğum sayısı a:1, b:2, c:3, d:4 ve üzeri

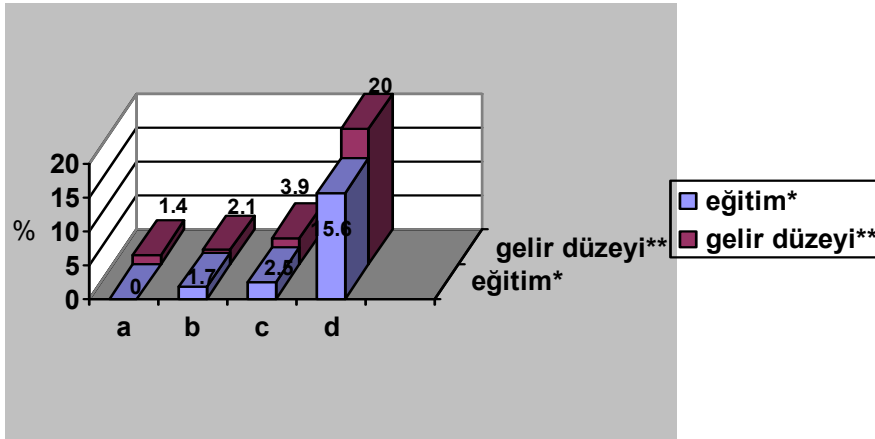
****Gravida sayısı a:2, b:3, d:4 ve üzeri

*****Parite sayısı a:1, b:2, c:3, d:4 ve üzeri

c-Doğal yolu olduğu için normal doğum tercihinde etkili olan parametreler

Fizyolojik doğal yolu diyerek normal doğum tercihinde etkili olan parametreler gelir düzeyi ve eğitim durumu olarak tesbit edildi. Gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça fizyolojik, doğal yolu olduğu için normal doğumu tercih edenler artmaktadır(grafik-14)($p<0.05$).

Grafik-14: Fizyolojik doğal yolu diyenlerin gelir ve eğitim durumlarına göre yüzde dağılımı



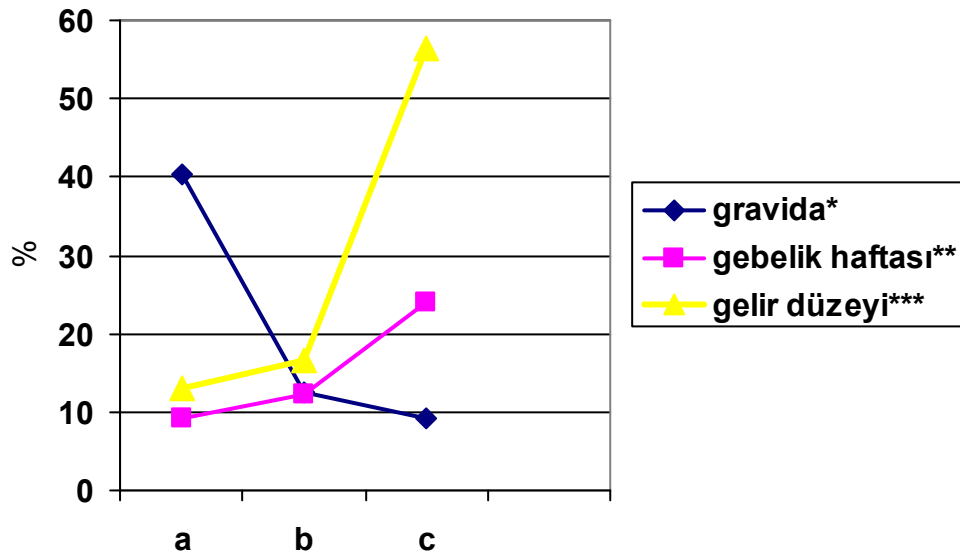
*Eğitim durumu için a:okula gitmemiş, b:ilköğretim, c:lise, d:üniversite

**Gelir düzeyi için a:500 YTL altı, b:500-1000 YTL, c:1000-2000 YTL
d:2000 YTL üstü

d-Bebeği riske atmamak için sezaryen tercihinde etkili olan parametreler

Bebeği riske atmamak için sezaryen tercihinde etkili olan parametreler gravida sayısı, gebelik haftası ve gelir düzeyi olarak tesbit edildi. Gelir düzeyi ve gebelik haftası arttıkça bebeği riske atmamak için sezaryen tercih edenlerin sayısı artmaktadır. Ancak gravida sayısı arttıkça bebeği riske atmamak için sezaryen tercih edenlerin sayısı azalmaktadır(Grafik-15)($p<0.05$).

Grafik-15: Bebeği riske atmamak için sezaryeni tercih edenlerin gravida, gebelik haftası, gelir düzeyine göre yüzde dağılımı



*Gravida sayısı için a:1, b:2, c:3 anlamında,

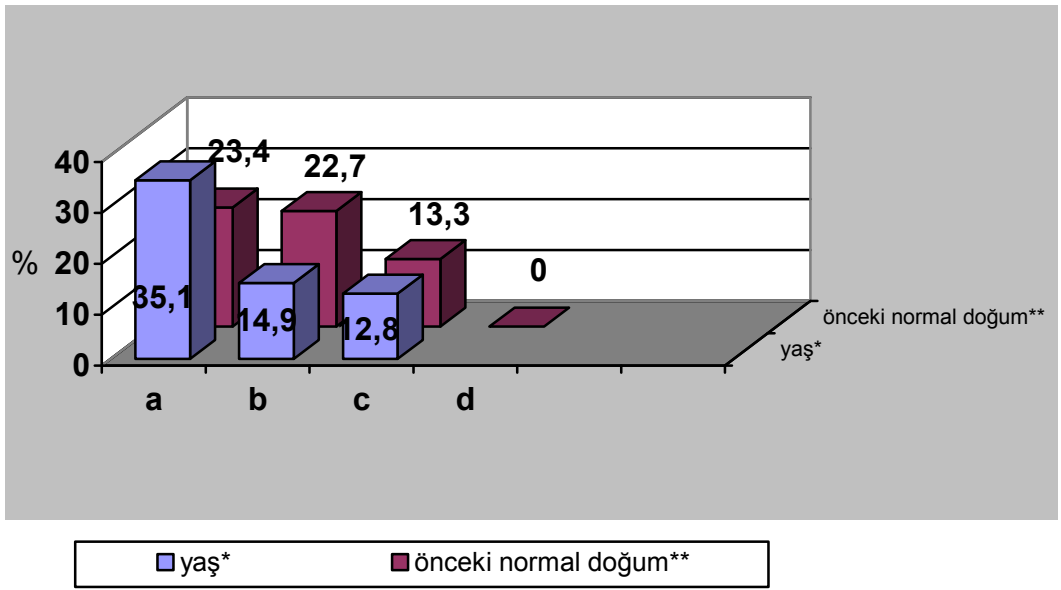
**Gebelik haftası için a:12 hafta ve altı, b:13-27 hafta, c: 28-40 hafta,

***Gelir düzeyi için a:1000 ytl altı, b:1000-2000 ytl, c:2000 ytl üstü

e-Ağrı çekmemek için sezaryen tercihinde etkili olan parametreler

Ağrı çekmemek için sezaryen tercihinde etkili olan parametreler yaş ve önceki normal doğum sayısı olarak tesbit edildi. Yaş ve önceki normal doğum sayısı arttıkça ağrı çekmemek için sezaryeni tercih edenlerin sayısı azalmaktadır(Grafik-16)($p<0.05$).

Grafik-16: Ağrı çekmemek için sezaryen tercih edenlerin yaş ve önceki normal doğum sayılarına göre yüzde dağılımı



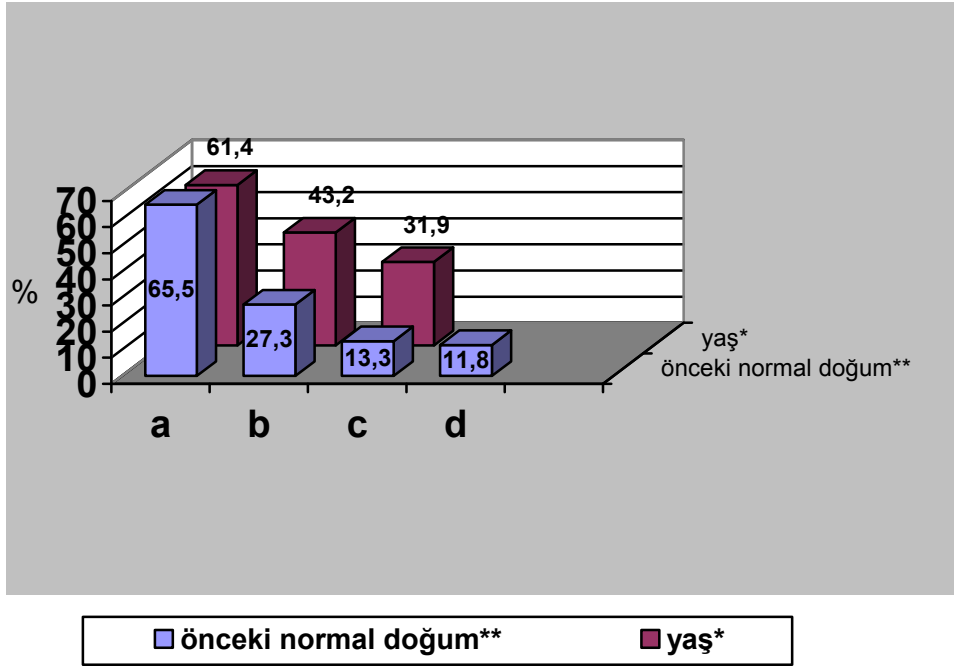
*Yaş grupları a:15-24 yaş, b:25-34 yaş, c:35 yaş ve üstü anlamında,

**Önceki normal doğum sayısı a:0, b:1, c:2, d:3 ve üzeri anlamında

f-Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercihinde etkili olan parametreler

Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercihinde etkili olan parametreler yaş ve önceki normal doğum sayısı olarak tesbit edildi. Yaş ve önceki normal doğum sayısı arttıkça normal doğum korkusu nedeniyle sezaryeni tercih edenlerin sayısı azalmaktadır(Grafik-17)($p<0.05$).

Grafik-17: Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercih edenlerin yaş ve önceki normal doğum sayılarına göre yüzde dağılımı



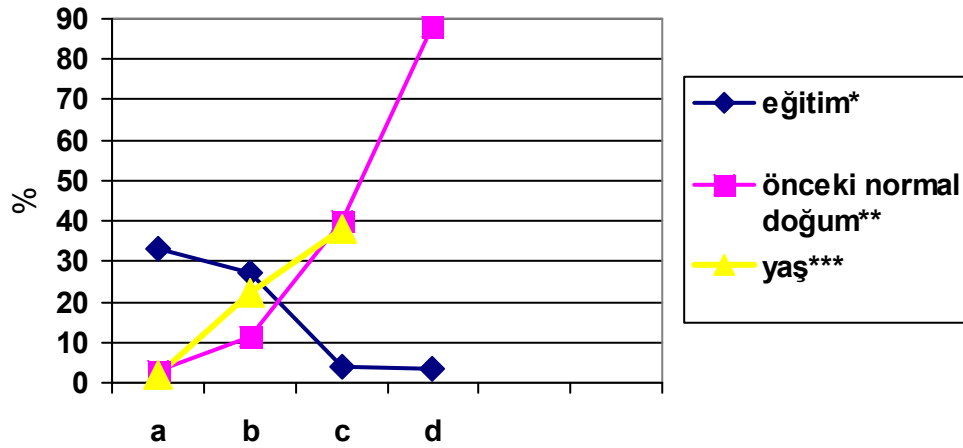
*Yaş grupları a:15-24 yaş, b:25-34 yaş, c:35 yaş ve üstü anlamında,

**Önceki normal doğum sayısı a:0, b:1, c:2 d:3 ve üzeri anlamında

g-Tüplerini bağlatmak için sezaryen tercihinde etkili olan parametreler

Tüplerini bağlatmak için sezaryen tercihinde etkili olan parametreler eğitim düzeyi, önceki normal doğum sayısı ve yaş olarak tesbit edildi. Yaş ve önceki normal doğum sayısı arttıkça tüplerini bağlatmak için sezaryen tercih edenlerin sayısı artmaktadır. Ancak eğitim düzeyi arttıkça tüplerini bağlatmak için sezaryen tercih edenlerin sayısı azalmaktadır(Grafik-18)($p<0.05$).

Grafik-18: Tüplerini bağlatmak için sezaryen tercih edenlerin yaş, önceki normal doğumları ve eğitim durumuna göre yüzde dağılımı



*Eğitim durumu a:okula gitmemiş, b:ilköğretim, c:lise, d:üniversite

**Önceki normal doğum sayısı a:1, b:2, c:3, d:4 ve üzeri,

***Yaş aralığı a:15-24 yaş, b:25-34 yaş, c:35 yaş ve üstü

5-TARTIŞMA

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinin Gebe polikliniğinde 1588 gebeye doğum şekli tercihi ve sebeplerinin belirlenmesi amacıyla anket çalışması yapıldı.

Çalışmamızda yer alan 1588 gebenin doğum şekli tercihleri incelendiğinde % 84'ü normal doğum, %16'sı sezaryen ile doğumu tercih etmiştir. Bu konuyla ilgili literatür tarandığında sezaryen doğum tercihi oranı ortalama %3-48 arasında bildirilmektedir(40). Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar tek tek değerlendirildiğinde ise doğum şekli tercihinde belirgin bölgesel farklılıklar göze çarpmaktadır. Türkiye de 314 gebe ile yapılan bir anket çalışmasında (41) gebelerin %22.6'sı sezaryen doğumu tercih etmiştir. Chong ve ark.'nın çalışmasında (42) ise sezaryen isteği oranı Singapur'da sadece %3.7 olarak tespit edilmiş. İngiltere ve kuzey İrlanda da ise sezaryen isteği oranı % 7 olarak bildirilmiştir(43). Latin Amerika ülkelerinde bu oran daha yüksek olarak bildirilmiştir, örneğin Şili'de sezaryen isteği oranı %40'tır(44). Bir başka çalışmada (45) Brezilyada sezaryen isteği oranı %36 ve özel hastanelerde ki sezaryen oranı %80-90 olarak oldukça yüksek bildirilmiştir. Görüldüğü gibi doğum şekli tercihinde bölgeler arasında belirgin farklar vardır. Irk, etnik köken, kültür farkları, ülkelerin sağlık politikaları gibi sebepler bu farklılığın sebepleridir.

Tüm dünyada genel olarak zaman içinde sezaryen oranı giderek artmaktadır. Bu artışın sebepleri arasında isteğe bağlı sezaryen doğum oranlarının artması önemli yer tutmaktadır. Genel olarak tüm sezaryen doğumların %4-18'i medikal endikasyon olmaksızın sadece hastanın isteği üzerine yapılmaktadır(40) ve bu oranın da giderek arttığı görülmektedir. Bu sebeple isteğe bağlı sezaryen doğumla ilgili pek çok çalışma yapılmış ve bu konu pek çok farklı platformda tartışılmıştır. İsteğe bağlı sezaryen doğum gerçekleştirmek etik açıdan çok tartışmalıdır. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) deklarasyonunda (46); eğer doktor hastanın genel iyilik hali

açısından daha iyi olacağını düşünürse isteğe bağlı sezaryen doğumu yaptırmasının etik açıdan doğru olacağını bildirmiştir. Buna karşılık Uluslararası Kadın Doğum Birliği (FIGO) bildirgesi ise medikal endikasyon olmaksızın sadece hastanın isteği üzerine sezaryen doğum yaptırmının gösterilmiş faydası olmadığından etik açıdan doğru olmadığını bildirmiştir.

Zaman içinde isteğe bağlı sezaryen doğumla ilgili kadın doğum doktorlarının yaklaşımı da değişmiştir. 1986 yılında yapılan bir araştırmada kadın doğum doktorlarının çoğu medikal endikasyonsuz sezaryen doğum yaptırmazken, 2001 yılında yapılan bir çalışmada ise kadın doğum doktorlarının %69'unun isteğe bağlı sezaryen doğuma sıcak baktığını göstermiştir (43). Farklı Avrupa ülkelerinde çalışan kadın doğum doktorlarının isteğe bağlı sezaryen doğum yaptırma istekliliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada (47) bu oran İspanyada % 15, Fransada %19, Hollandada %22, Almanyada %75 ve İngilterede %79 olarak bulunmuştur. Kadın doğum doktorlarının yaklaşımındaki bu farklılık kültürel faktörler, çalışma koşulları ve ülkenin medikolegal kurallarına bağlanmıştır. Ayrıca isteğe bağlı sezaryen doğum yaptırma istekliliğinin çocuğu olan bayan kadın doğum doktorlarında daha az olduğu gösterilmiştir(47).

Çalışmamızda yer alan 44 sağlık çalışanı gebe incelendiğinde ise sağlık çalışanı gebelerin %43'ünün sezaryen ile doğumu tercih ettiği görüldü. Gerçi bizim grubumuzdaki tüm hastaların sadece %2.7'si sağlık çalışanı olduğundan bu konuda genelleme yapamamakla beraber sağlık çalışanlarında sezaryen tercihinin belirgin olarak arttığı dikkat çekmektedir. Literatürde sağlık çalışanlarında sezaryen isteği ile ilgili olarak yapılan çalışmaları taradığımızda Bettes BA ve ark.'nın 1031 kadın doğum hekimi ile yaptığı çalışmada(40), kadın doğum doktorlarının yaklaşık %20'sinin kendisi veya yakını için sezaryen tercih ettiği bildirilmiştir. İlginç olarak bayan kadın doğum doktorlarının sezaryen tercihinde erkek kadın doğum doktorlarına göre daha çekimser olduğu tespit edilmiştir(40,48). Türkiye de yapılan başka bir çalışma da sağlık çalışanlarının %53.1'i sezaryen doğumu tercih etmiştir. Sezaryen doğumu seçme nedeni olarak ilk sırada ağrı yer almaktadır. Hiç doğum yapmayan sağlık personelinin

doğum tercihleri sorulduğunda ise %57.4'ü normal doğumu,%23.1'i sezaryen'i tercih ederken,%19.5'i kararsız kalmıştır (49).

Çalışmamızda normal doğumu tercih eden 1336 gebenin neden normal doğumu tercih ettiği sorulduğunda; %41.5'i erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek istediği için, %39.4'ü daha sağlıklı ve iyi olduğunu düşündüğü için, %24'ü önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle tercih ettiğini söyledi. Chong ve ark.'nın benzer çalışmasında da normal doğum tercih edenlerin %24'ü doğal ve fizyolojik yol olduğu için, %22'si daha çabuk iyileşmek için, %7.3'ü daha ucuz olduğu için tercih etmiş (42).

Çalışmamızda sezaryen doğumu tercih eden 252 gebeye neden sezaryen doğumu tercih ettiği sorulduğunda; %45.2'si normal doğum korkusu olduğu için, % 20.6'sı tüplerini bağlatmak istediği için, % 19'u ağrı çekmemek için, %16.6'si bebeği riske atmamak için, % 15'i önceki doğumu zor olduğu için tercih ettiğini söyledi. Sezaryen tercih sebepleriyle ilgili literatüre baktığımızda; Singapurda ağrı çekmemek (%60) en önemli sebep olarak belirlenmiş ve diğer sebepler de epizyotomi korkusu, fetal riski azaltma isteği ve önceki zor doğum öyküsü olarak belirlenmiş(42). Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise infertilite öyküsü(%40.7) en sık sebep iken ileri yaş, önceki zor doğum öyküsü ve doğum sırasında fetal kayıp öyküsü diğer sezaryen tercih sebepleri olarak belirlenmiş(50). Türkiyeden Duman ve arkadaşlarının çalışmasında ise (49) sezaryeni tercih etme sebebi olarak; tıbbi endikasyonun bulunması, eşinin ya da kendi isteğinin olması ve doğum ağrısı korkusu gibi nedenler belirtilmiştir. Benzer bir başka çalışmada da Sayın ve arkadaşları (51) sağlık çalışanlarında sezaryen tercih nedenlerini doğum ağrısı korkusu, bebeğe travma olabileceği korkusu, doktor önerisi ve sosyal nedenler olarak bulmuştur. Görüldüğü gibi farklı coğrafyalarda farklı tercih sebepleri ön plana çıkmaktadır.

Çalışmamızdaki olgular yaş gruplarına göre doğum tercihi açısından incelendiğinde; 15-24 yaş arası gebelerin %10.2'si sezaryen isterken, 34 yaş ve üzeri gebelerin %29'u sezaryen istemektedir. Görüldüğü gibi yaş arttıkça

Druzin ve arkadaşlarının isteğe bağlı sezaryen doğum kaynakları tüketir mi konulu yazısında(52), vaginal doğuma göre sezaryen doğumun daha pahalı olduğunu ve gelir düzeyi yüksek olup özel hastanelerde doğum yapanların sezaryen doğumu daha çok tercih ettiğini ortaya koymuştur. Yaşar ve arkadaşlarının Türkiyede yaptığı benzer bir anket çalışmasında da ekonomik durumun yükselmesiyle sezaryen tercih oranının arttığı bildirilmiştir (41).

Olguların gebelik haftalarına göre doğum tercihi incelendi. Olgular gebelik haftalarına göre üç gruba ayrıldı(1. trimester, 2. trimester, 3. trimester). Doğum tercihinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı($p>0.05$).

Olguların mesleki durumlarına göre doğum tercihi incelendi. Doğum tercihi yönünden gelir getiren herhangi bir işte çalışan ile çalışmayan (ev hanımı) gebeler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Çalışan gebelerde gelir düzeyi daha yüksek olduğundan sezaryen doğum tercihi daha fazla beklenirken, işten çıkarılma korkusu yüzünden daha erken iyileşip işe daha çabuk başlayabilmek için vaginal doğum tercihi de yüksek olabilmektedir.

Olguların eğitim durumlarına göre doğum tercihi incelendiğinde okula gitmemiş olanlar ile üniversite mezunu olanların %23-24'ü sezaryen isterken, ilköğretim ve lise mezunu olanların %15'i sezaryen istemektedir. Gebelerin eğitim düzeyi ile doğum tercihleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde literatürde de(42) çalışma, eğitim düzeyi ve gebelik haftasının sezaryen tercihinde belirleyici olmadığı tespit edilmiştir.

Türkiye de 314 gebe ile yapılan bir anket çalışmasında da (41) doğum şekli tercihinde eğitim durumunun, gebelik öyküsünün, gebeliği takip eden kişinin ve yerin etkili olmadığı saptanırken doğumu gerçekleştirecek kişinin doktor olması, doktorun cinsiyetinin erkek olması ve ekonomik düzeyin yükselmesiyle sezaryen tercihinin arttığı saptanmıştır.

Normal doğumu tercih eden hastalar arasında sorguladığımız tercih sebepleri ile demografik parametreler arasında lojistik regresyon analizi yapıldığında istatistiksel anlamlı fark yaratan tercih sebepleri şunlardır;

1- Gebelik haftası ve önceki sezaryen sayısı arttıkça erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek isteği nedeniyle normal doğum tercihi artmaktadır($p<0.05$).

2- Gravida, parite ve önceki normal doğum sayısı arttıkça önceki doğumun normal yolla olduğu için vaginal doğum tercihi artarken gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça bu tercih azalmaktadır($p<0.05$).

3- Gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça fizyolojik, doğal yolu olduğu için normal doğumu tercih eden gebelerin sayısı da artmaktadır($p<0.05$).

Sezaryen doğumu tercih eden hastalar arasında sorguladığımız tercih sebepleri ile demografik parametreler arasında lojistik regresyon analizi yapıldığında istatistiksel anlamlı fark yaratan tercih sebepleri ise şunlardır;

1- Bebeği riske atmamak için sezaryen tercih eden gebelerin gebelik haftası ve gelir düzeyi arttıkça bebeği riske atmama tercihi artarken gravida sayısı arttıkça bu tercih azalmaktadır($p<0.05$).

2- Ağrı çekmemek için sezaryen tercih eden gebelerin yaşı ve önceki normal doğum sayısı arttıkça ağrı çekmek istememe tercihi azalmaktadır($p<0.05$).

3- Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercih eden gebelerin yaşı ve önceki normal doğum sayısı arttıkça normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercihi azalmaktadır($p<0.05$).

4- Tüplerini bağlatmak istediği için sezaryen tercih eden gebelerin yaşı ve önceki normal doğum sayısı arttıkça tüplerini bağlatma isteği artarken, eğitim düzeyi arttıkça tüplerini bağlatma isteği azalmaktadır($p<0.05$).

Sonuç olarak çalışmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğu (%84) normal doğumu tercih ederken sadece %16'sı sezaryen doğumu tercih etmektedir. Ülkemizdeki sezaryen oranları hakkında çok sağlıklı veriler olmasa da sezaryen oranının çok daha fazla olduğu ve son yıllarda çok ciddi oranlarda arttığı gözlenmiştir. Bu artışın önemli bölümünü tıbbi neden olmaksızın isteğe bağlı yapılan sezaryenler oluşturmaktadır . Bizim çalışmamızda en sık sezaryen tercih sebebi normal doğum korkusu olarak tespit edilmiştir. Epidural analjezi ile vaginal doğumun özendirilip yaygınlaştırılmasıyla daha konforlu ve ağrısız normal doğum seçeneği sunulursa gebelerin sezaryen doğum isteğinin azalacağını düşünmekteyiz. Sezaryen oranını artıran diğer önemli neden de “bir kere sezaryen daima sezaryen prensibi” nin uygulanmasıdır. Sezaryen sonrası uygun hastaların normal doğum yapabileceği ile ilgili bilgiler artırıldığında sezaryen doğum oranlarının düşeceği kanaatindeyiz.

6-SONUÇ

1.Çalışmamızda yer alan 1588 gebenin doğum şekli tercihleri incelendiğinde % 84'ü normal doğum, %16'sı sezaryen ile doğumu tercih etmiştir.

2.Tüm dünyada genel olarak zaman içinde sezaryen oranı giderek artmaktadır. Bu artışın sebepleri arasında isteğe bağlı sezaryen doğum oranlarının artması önemli yer tutmaktadır.

3.Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanı gebeler incelendiğinde ise sağlık çalışanı gebelerin %43'ünün sezaryen ile doğumu tercih ettiği görülmüştür.

4.Çalışmamızda normal doğumu tercih eden gebelerin tercih sebepleri incelendiğinde; %41.5'i erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek istediği için, %39.4'ü daha sağlıklı ve iyi olduğunu düşündüğü için, %24'ü önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle tercih ettiği görülmüştür.

5.Çalışmamızda sezaryen doğumu tercih eden gebelerin tercih sebepleri incelendiğinde; %45.2'si normal doğum korkusu olduğu için, % 20.6'sı tüplerini bağlatmak istediği için, % 19'u ağrı çekmemek için, %16.6'si bebeği riske atmamak için, % 15'i önceki doğumu zor olduğu için tercih ettiği görülmüştür.

6.Yaş, gravida, parite ve önceki normal doğum sayısı ve gelir düzeyi arttıkça gebelerin sezaryen isteği de artmaktadır.

7.Çalışma, eğitim düzeyi ve gebelik haftasının sezaryen tercihinde belirleyici olmadığı tespit edilmiştir.

8.Normal doğumu tercih sebepleri ile demografik parametreler arasındaki ilişki şöyledir;

a-Gebelik haftası ve önceki sezaryen sayısı arttıkça erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek isteği nedeniyle normal doğum tercihi artmaktadır.

b-Gravida, parite ve önceki normal doğum sayısı arttıkça önceki doğumun normal yolla olduğu için vaginal doğum tercihi artarken gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça bu tercih azalmaktadır.

c-Gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça fizyolojik, doğal yolu olduğu için normal doğumu tercih eden gebelerin sayısı da artmaktadır.

9.Sezaryen doğum tercih sebepleri ile demografik parametreler arasındaki ilişki şöyledir;

a- Bebeği riske atmamak için sezaryen tercih eden gebelerin gebelik haftası ve gelir düzeyi arttıkça bebeği riske atmama tercihi artarken gravida sayısı arttıkça bu tercih azalmaktadır.

b- Ağrı çekmemek için sezaryen tercih eden gebelerin yaşı ve önceki normal doğum sayısı arttıkça ağrı çekmek istememe tercihi azalmaktadır.

c- Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercih eden gebelerin yaşı ve önceki normal doğum sayısı arttıkça normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercihi azalmaktadır.

d- Tüplerini bağlatmak istediği için sezaryen tercih eden gebelerin yaşı ve önceki normal doğum sayısı arttıkça tüplerini bağlatma isteği artarken, eğitim düzeyi arttıkça tüplerini bağlatma isteği azalmaktadır.

7-ÖZET

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine mayıs 2007 – şubat 2008 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran gebelere tercih ettikleri doğum şeklini ve nedenlerini araştırmak amacıyla hazırlanan anket soruları sözlü olarak onay alındıktan sonra araştırmacı tarafından hastalara soruldu.

Anket çalışması sonunda ankete 1588 gebe katıldı. Ankete 6 ile 40 gebelik haftası arasında olan gebeler alındı. Gebelik haftası olarak poliklinikte yapılan obstetrik ultrasonografi değeri esas alındı. Ankete polikliniğe sancı (travayda olan) nedeniyle başvuran gebeler alınmadı.

Çalışmamızda yer alan 1588 gebenin doğum şekli tercihleri incelendiğinde % 84'ü normal doğum, %16'sı sezaryen ile doğumu tercih etmiştir. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanı gebeler incelendiğinde ise sağlık çalışanı gebelerin %43'ünün sezaryen ile doğumu tercih ettiği görülmüştür.

Çalışmamızda normal doğumu tercih eden gebelerin tercih sebepleri incelendiğinde; %41.5'inin erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek istediği için, %39.4'ünün daha sağlıklı ve iyi olduğunu düşündüğü için, %24'ünün önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle tercih ettiği görülmüştür.

Çalışmamızda sezaryen doğumu tercih eden gebelerin tercih sebepleri incelendiğinde; %45.2'sinin normal doğum korkusu olduğu için, % 20.6'sının tüplerini bağlatmak istediği için, % 19'unun ağrı çekmemek için, %16.6'sının bebeği riske atmamak için, % 15'inin önceki doğumu zor olduğu için tercih ettiği görülmüştür.

8-KAYNAKLAR

1-Konakçı S, Kılıç B: İzmir’de sezaryen sıklığı ve buna etki eden faktörler. T Klin Jinekolo Obst 2004; 14(2):88-95.

2-Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M: 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları. Perinatoloji Dergisi 2000; 8 (3-4): 94-98.

3-Sağlık bakanlığı 2006 mali yılı idare faaliyet raporu: 2003 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) sy.158

4-Özgüven T, Evrücke C: Sezaryen İn: Beksaç S.(Eds), Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2001;1322-28.

5-Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, Daltveit AK: Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am J Obstet Gynecol 170:495, 1994

6-Çiçek MN, Akyürek C, Çetin Ç, Haberal A: Normal doğum: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı 2006 sy:217- 237

7-Gould JB, Davey B, Stafford FS: Socioeconomic differences in rates of cesarean section. NEngl J Med 321:233, 1989

8-Lilford RJ, Van Coeverden de groot HA, Moore PJ, Bingham P: The relative risk of cesarean section (intrapartum end elective) and vaginal delivery: A detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute preexisting physiological disturbances. Br J Obstet Gynaecol 97: 883, 1990

9-Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21st Ed 2001 p:537- 65

10-Krönig B: Transperitonealer cervikaler Kaiserschnitt. In Doderlein A, Krönig B (eds): Operatif gynekologie. 1912, p 879

11-Kerr JMM: The technic of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. AM J Obstet Gynecol 12:729, 1926

12-Adeshik JA, Peaceman AM, Lopez-Zeno JA, Minogue JP, Socol ML: Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. Am J Obstet Gynecol 169:936, 1993

13-Peipert JH, Morgan MA: Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery. Obstet Gynecol 81:200,1993

14-Isaacs JD, Magann EF, Martin RW, Chauhan SP, Morrison JC: Obstetric challenges of massive obesity complicating pregnancy. J Perinatol 14:10, 1994

15-Perlow JH, Morgan MA: Massive maternal obesity and perioperative cesarean morbidity. Am J Obstet Gynecol 170:560, 1994

16-Basket TF, Mc Millian RM: Cesarean section: Trends and morbidity. Can med assoc J 1981; 125:723

17-Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM: Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 177:210, 1997

18-Seago DP, Roberts WE, Johnson VK, Martin RW, Morrison JC, Martin JN: Planned cesarean hysterectomy: A Preferred alternative to separate operations. Am J Obstet Gynecol 180:1385, 1999

- 19-Güler M: Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara 1999, s.129- 137.
- 20-Demirhan EA:Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi, Bursa 1996, s. 5 - 60.
- 21-Marsden DE: Ethics and practice of obstetrics and gynecology. Hancer NF, More JG(Ed): Essentials of obstetrics and gynecology. 3rd Edition. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1989,s. 27 -34
- 22-Ayan M: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara 1991, s. 5 -90
- 23-Özdemir H: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Ankara 2004. s.80- 90
- 24-Şenocak Z: Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu, Ankara 1998, s.44
- 25-Bayraktar K: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul 1972, s. 24 -150.
- 26-Tandoğan H: Borçlar Kanunu, Özel Borç İlişkisi, II. Cilt, Ankara 1985, s.410
- 27-Başpınar V: Vekilin (Avukat,Hekim,Mimar,Bankanın) Özen Borcundan Doğan Sorumluluğu, II. Bası, Ankara 2004, s.136
- 28-Belgesay MR: Tıbbi Mesuliyet, İstanbul 1954, s.116
- 29-Sütlaş M: Hasta ve Hasta Yakını Hakları, Ankara 2000.S.68-72
- 30-Hatun S: Hasta Hakları, 1.Baskı, İstanbul 1999, s.II-27

31-Mahowald MB: Maternal-Fetal Conflict: Positions and Principles. Clin Obstet Gynecol 35(4): 729 -737

32-Maclean AR: Caesarean sections, competence and the illusion of autonomy. Journal of current legal issues; February 26, 1999: 272-277

33-Ramsay S: UK woman wins the right to refuse ceasarean section. The Lancet; London; May 16, 1998 9114(351): 1143-1144

34-Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 3rd. ed. New York: Oxford University Press; 1989: 100-105

35-Etchells E, Sharpe G, Elliott C, Singer PA: Bioethics for clinicians: 3 Capacity. Canadian Medical Association Journal 1996- 155- 657 -661

36-Draper, H: Women, forced caesarean and antenatal responsibilities. Journal of Medical Ethics 1996; 22(6): 327-333

37-Mc Aleese S: Ceasarean Section for Maternal Choice ? Midwifery Matters; Spring 2000: Issue 84: 12-14

38-McCullough L, Chervenak F: Ethics in obstetrics and gynecolony. Oxford University Press, New York 1994, 13-16.

39-Brody H. Medical Futility: a useful concept ? in: Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining interventions. Ed: Zucker MD, Zucker HD. Cambbridge University Press 1997, USA. 1- 14.

40-Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, Devoto E, Schulkin J: Cesarean delivery on maternal request. Obstetric Gynecol 2007; 109; 57-66.

41-Yaşar Ö, Şahin FK, Coşar E, Köken GN, Cevrioğlu AS: Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. J Gynecol Obstet 2007;17: 414-420

42-Chong E.S.Y, Mongelli M: Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. Journal of Gynecology and Obstetrics 80: (2003): 189-194

43-Penna L, Arulkumaran S: Cesarean section for non-medical reasons. Journal of Gynecology and Obstetrics 82: (2003): 399-409

44-Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S: Rates and implications of caesarean sections in latin america. Br. Med. J. 1999; 319:1397-1400

45-Hopkins K: Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean. Soc Sci Med. 2000 Sep;51(5):725-40

46-ACOG Committee Opinion: Surgery and patient choice; the ethics of desing making ACOG. Obstet Gynecol 2003;102;1101-6

47-Habiba M,Kaminski M,Da Fre M, Marsaal K, Bleker O, Librero J,Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M: Cesarean section on request: a comparison of obstetricians attitudes in eight european countries. BJOG, 2006 Jun;113 (6): 647-56

48-Wu JM, Hundley AF, Visco AG: Elective primary cesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. Obst Gynecol 2005; 105: 301-306

49-Duman Z, Köken GN, Şahin FK, Coşar E, Arıöz DT, Aral İ: Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji dergisi 2007; 15(1): 7-11

50-Chigbu CO, Ezeome IV, iloabachie GC: Cesarean section on request in a developing country. Journal of gynecology and obstetrics (2007) 96, 54-56

51-Sayın C, Berberoğlu U, Varol F: Sezaryenle Doğum Yapmış Sağlık Personelinde Doğum Sonrası Memnuniyet ve Takip Edilen Gebelikte Doğum Şekli Tercihi. T Klin Jinekolo Obst. 2004; 18(2): 82-88.

52-Druzin ML, El-Sayed YY. Cesarean delivery on maternal request: Wise use of finite resources? A view from the trenches. Semin Perinatol 2006; 30:305- 308

9-EKLER

9.1-ANKET FORMU

Bölüm-1:Hasta özellikleri

Adı-Soyadı:

Yaş:

Tel:

G: P: Y: A: K:

1)Gebelik haftası:

2)Önceki doğum şekli: NSD:..... kez C/S:..... kez

3)Meslek:

a.Çalışan gebe

b.Çalışmayan(ev hanımı)

4)Aylık gelir düzeyi:

a. <500YTL b. 500-1000 YTL c. 1000-2000 YTL d. 2000 YTL üstü

5)Eğitim durumu:

a. Okula gitmemiş b. İlköğretim c. Lise d. Üniversite

Bölüm-2:Doğum şekli tercihi ile ilgili bilgiler

Şimdiki gebelikte:

A)Hangi doğum şeklini tercih edersiniz:

a)Normal doğum

b)Sezaryen

B)Normal Doğum tercih ediyor iseniz nedenleriniz nelerdir (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz):

1-Çevre baskısı

2-Anestezi yada ameliyat korkusu

3-Önceki doğumun normal yolla olması

- 4-Maliyetin daha düşük olması
- 5-Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönmek için
- 6-Üçten fazla çocuk isteği
- 7-Daha az kanama olması
- 8-Daha az enfeksiyon olması
- 9-Daha erken emzirebilmek için
- 10-Diğer.....

C)Sezaryen doğumu tercih ediyor iseniz nedenleriniz nelerdir:

- 1-Bebeği riske atmamak için
- 2-Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu
- 3-Ağrı çekmemek için
- 4-Doğum zamanını önceden belirleyebilme şansı olduğundan
- 5-Normal doğum korkusu
- 6-Önceki zor doğum öyküsü
- 7-İleride büyük tuvaletini tutamama korkusu
- 8-İleride idrarını tutamama korkusu
- 9-Cinselliği koruma kaygısı
- 10-Rahim ve diğer organların sarkması korkusu
- 11-Tüplerini bağlatma isteği
- 12-İleri yaş nedeniyle
- 13-Önceki infertilite yada tedavi ile gebelik öyküsü
- 14-Diğer.....

9.2-ŞEKİLLER

Şekil-1:Doğum mekanizmasının şematik açıklaması

9.3-TABLolar

Tablo-1:Gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo-2:Gebelerin gravida ve paritelerine göre dağılımı

Tablo-3:Gebelerin gebelik haftasına göre dağılımı

Tablo-4:Gebelerin önceki normal doğum veya sezaryen sayılarına göre dağılımı

Tablo-5:Gebelerin mesleğine göre dağılımı

Tablo-6:Gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımı

Tablo-7:Gebelerin gelir düzeyine göre dağılımı

Tablo-8:Gebelerin doğum şekli tercihlerine göre dağılımı

Tablo-9:Tercihlerin sağlık çalışanlarıyla karşılaştırılması

9.4-GRAFİKLER

Grafik-1:Normal doğumu tercih nedenlerinin yüzde dağılımı

Grafik-2:Sezaryen tercih nedenlerinin yüzde dağılımı

Grafik-3:Gebelerin yaş dağılımına göre tercihlerin yüzde dağılımı

Grafik-4:Gravidaya göre normal doğum ve sezaryen tercih yüzdeleri

Grafik-5:Paritelerine göre normal doğum ve sezaryen tercih yüzdeleri

Grafik-6:Gebelik haftalarına göre tercih yüzdeleri

Grafik-7:Önceki normal doğum sayılarına göre tercih yüzdeleri

Grafik-8:Önceki sezaryen sayılarına göre tercih yüzdeleri

Grafik-9:Gebelerin mesleklerine göre tercih yüzdeleri

Grafik-10:Gebelerin eğitim durumlarına göre tercih yüzdeleri

Grafik-11:Gebelerin gelir düzeylerine göre tercih yüzdeleri

Grafik-12:Erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek nedeniyle normal doğumu tercih edenlerin gebelik haftası ve önceki sezaryen sayısına göre yüzdesel dağılım

Grafik-13:Önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle normal doğum tercih edenlerin gelir düzeyi, eğitim durumu, gravida, parite ve normal doğum sayısına göre yüzdesel dağılımı

Grafik-14:Fizyolojik doğal yolu diyenlerin gelir ve eğitim durumlarına göre yüzde dağılımı

Grafik-15:Bebeği riske atmamak için sezaryeni tercih edenlerin gravida, gebelik haftası, gelir düzeyine göre yüzde dağılımı

Grafik-16:Ağrı çekmemek için sezaryen tercih edenlerin yaş ve önceki normal doğum sayılarına göre yüzde dağılımı

Grafik-17:Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen tercih edenlerin yaş ve önceki normal doğum sayılarına göre yüzde dağılımı

Grafik-18:Tüplerini bağlatmak için sezaryen tercih edenlerin yaş, önceki normal doğumları ve eğitim durumuna göre yüzde dağılımı