



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**SEZARYEN DOĞUM ORANLARINDA
'KIYMETLİ BEBEK' ETKİSİ**

Büşra HALİMOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

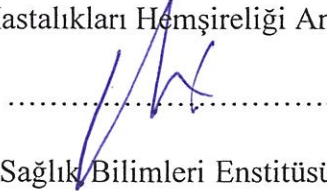
TRABZON – 2019

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı



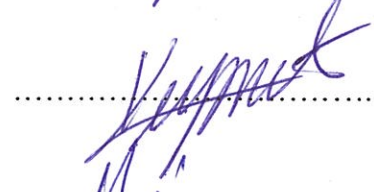
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Büşra HALİMOLU'nun hazırladığı “Sezaryen Doğum Oranlarında ‘Kıymetli Bebek’ Etkisi” başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

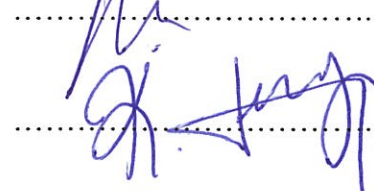


Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

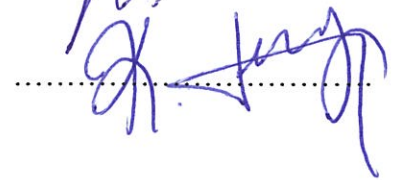
Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK



Doç. Dr. Songül AKTAŞ



Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ



Tarih:.... /.... /2019

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun /... /.... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ersan KALAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

12/07/2019

Büşra HALİMOLU



İthaf

Sevgisi, emeği ve desteği ile daima yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde desteğini esirgemeyen, bana önder olan, bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, mesleki değerleri ile bana katkı sağlayan, birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum, göstermiş olduğu sabır ve hoşgörü nedeniyle minnettar olduğum tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a,

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen sayın Prof. Dr. Emine Seda GÜVENDAĞ GÜVEN'e, Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN'a,

Destekleriyle bana güç veren, inanan ve her zaman yanımda olan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde hiç şüphesiz en büyük payı olan ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan kıymetli aileme,

Bu süreçte daima yanımda olan ve beni destekleyen biricik eşim Ahmet Yesevi Halimoğlu'na,

Sabır, destek ve güvenleri için sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Büşra HALİMOĞLU

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY

BEYAN

İTHAF

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

ŞEKİLLER DİZİNİ

ix

SİMGELER, KISALTMALAR ve FORMÜLLER DİZİNİ

x

1. ÖZET

1

2. SUMMARY

2

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3

4. GENEL BİLGİLER

6

4.1. Sezaryen Tanımı

6

4.2. Sezaryen Tarihçesi

6

4.3. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Sıklığı

7

4.4. Sezaryen Endikasyonları

11

4.4.1. Anne ile İlgili Endikasyonlar

12

4.4.1.1. Geçirilmiş Sezaryen

12

4.4.1.2. Sefalopelvik Uyumsuzluk (CPD)

13

4.4.1.3. Dinamik Distosi

13

4.4.1.4. Yumuşak Doğum Yolu ile İlgili Sebepler

13

4.4.1.5. Annenin Sistemik Hastalıkları

14

4.4.1.6. İleri Yaş Gebelik

14

4.4.2. Bebek ile İlgili Endikasyonlar

14

4.4.2.1. Prezantasyon Anormallikleri

14

4.4.2.2. Pozisyon Anormallikleri

15

4.4.2.3. Fetüse Ait Gelişme Anormallikleri

15

4.4.2.4. Fetal Distres

15

4.4.2.5. Post-term Gebelik

15

4.4.2.6. Rh Uyumsuzluğu

16

4.4.2.7. Makrozomik Bebekler

16

4.4.2.8. Çoğul Gebelikler	16
4.4.3. Fetüs Ekleri ile İlgili Endikasyonlar	17
4.4.3.1. Plasenta Previa	17
4.4.3.2. Ablasyo Plasenta	17
4.4.3.3. Plasenta İnsersiyon Anormallikleri	17
4.4.3.4. Umbilikal Kord Prolapsusu veya Prezantasyonu	18
4.4.4. Sosyal Endikasyonlar	18
4.4.5. Diğer Endikasyonlar	19
4.5. Sezaryen Doğum Endikasyonlarında “Kıymetli Bebek” Etkisi	19
5. GEREÇ ve YÖNTEM	22
5.1. Araştırmanın Tipi	22
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
5.3. Araştırmanın Evreni	22
5.4. Araştırmanın Örnekleme	23
5.5. Araştırmanın Hipotezleri	24
5.6. Veri Toplama Araçları	25
5.7. Verilerin Toplanması	25
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	26
6. BULGULAR	27
7. TARTIŞMA	39
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	50
8.1. Sonuç	50
8.2. Öneriler	52
9. KAYNAKLAR	54
10. EKLER	73
10.1. Ek 1. Kurum İzni	73
10.2. Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	75
10.3. Ek 3. Anket Formu	76
11. ETİK KURUL ONAYI	78
12. ÖZGEÇMİŞ	81

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Hastanelere göre örnekleme alınacak sezaryenle doğum yapmış kadın sayısı	24
Tablo 2. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	27
Tablo 3. Kadınların gebelik ve doğum özelliklerinin dağılımı	28
Tablo 4. Kadınların gebelik öncesi sağlık sorunlarına ilişkin özelliklerin dağılımı	29
Tablo 5. Kadınların gebeliklerinin oluş şekli ve son doğumuna ilişkin özelliklerin dağılımı	30
Tablo 6. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 7. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik ve doğum özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 8. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik öncesi sağlık sorunlarına ilişkin özelliklerin dağılımı	33
Tablo 9. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların son doğumuna ilişkin özelliklerin dağılımı	34
Tablo 10. Kadınların yaş gruplarına göre kıymetli bebek sahibi olma durumlarının dağılımı	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Dünyada güncel sezaryen oranları dünya haritası	8
Şekil 2. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırması, 2015	9
Şekil 3. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı, (%), 2002, 2016	9
Şekil 4. Araştırmanın planı	26
Şekil 5. Sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen endikasyonlarına göre dağılımı	35
Şekil 6. Sezaryen ile doğum yapan kadınların anneye bağlı sezaryen endikasyonu dağılımı	36
Şekil 7. Sezaryen ile doğum yapan kadınların bebeğe bağlı sezaryen endikasyonu dağılımı	36
Şekil 8. Sezaryen ile doğum yapan kadınların fetüs eklerine bağlı sezaryen endikasyonu dağılımı	37
Şekil 9. Sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen sosyal endikasyonları dağılımı	37
Şekil 10. Sezaryen ile doğum yapan kadınların diğer endikasyonlarının dağılımı	38

SİMGELER, KISALTMALAR ve FORMÜLLER DİZİNİ**Kısaltmalar**

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
CPD	Sefalopelvik Uyumsuzluk
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EMR	Erken Membran Ruptürü
FIGO	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
GİS	Gastrointestinal Sistem
İBBS	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
İVF	İn Vitro Fertilizasyon
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDK	Türk Dil Kurumu
TJOD	Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri

1. ÖZET

Sezaryen Doğum Oranlarında “Kıymetli Bebek” Etkisi

Trabzon il merkezinde bulunan üç hastanenin kadın hastalıkları ve doğum servislerinde sezaryen doğum oranlarında “Kıymetli bebek” etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmaya 12 Ocak 2018 – 01 Ekim 2018 tarihleri arasında örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun 850 kadın alınmıştır. Verilerin toplanmasında kadına ait sosyo-demografik özellikler ile sezaryen endikasyonlarını içeren anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, kategorik değişkenlere ilişkin frekans ve yüzdelik hesaplamalarının yanı sıra oransal karşılaştırmalarda RxC boyutlu ki-kare testi uygulanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %46.9’u 19-29 yaş grubunda, %54.5’i çalışmayan, %36.6’sı lise mezunudur. Sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen endikasyonlarının ilk üç sıralaması anneye bağlı sezaryen endikasyonları (%59.3 geçirilmiş uterin cerrahi, %19.5 baş pelvis uyumsuzluğu, %12.1 dinamik distosi) bebeğe bağlı sezaryen endikasyonları (%37.9 prezentasyon anomalileri, %23.6 fetal distres, %14.8 makrozomik bebekler) ve sezaryen sosyal endikasyonları (%86.5 tedavi ile bebek sahibi olma (kıymetli bebek), %13.5 anne isteği) şeklindedir. Kadınların %11.3’ü tedavi ile bebek sahibi (kıymetli bebek) olmuştur ve tamamı sezaryen ile doğum yapmıştır. Tedavi ile bebek sahibi olan (kıymetli bebek) kadınların %44.8’i 35-45 yaş grubunda, %54.2’si çalışan, %40.6’sı yüksekokul/üniversite mezunudur. Bu kadınların %99’unun daha önce sezaryen doğum öyküsü olmadığı belirlenmiştir. Çalışmanın bulguları doğrultusunda tedavi ile bebek sahibi olan (kıymetli bebek) kadınların doğum ile ilgili kaygılarının azaltılması, tıbbi endikasyon olmadıkça normal doğumun teşvik edilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Doğum, İn Vitro Fertilizasyon, Karar verme, Seçim, Sezaryen Doğum

2. SUMMARY

Effects of “Precious Baby” on C-Section Birth Rates

The aim of this descriptive study is to determine the effects of “Precious Baby” for cesarean pregnancy rates in Gynecology and Obstetrics service of three hospitals in the city center of Trabzon. 850 women were included in this study between January 12-October 01,2018. The questionnaire used for data collection includes women's sociodemographic characteristics and cesarean indications. In the evaluation of the data, frequency and percentage calculations of categorical variables were used as well as RxC dimensional chi-square test for proportional comparisons. In this study 46.9% participating of the women participating were in the 19-29 age group, 54.5% were not working and 36.6% were high school graduates. The first three rankings of cesarean indications for women who delivered by cesarean section were those related to the mother's cesarean section (59.3% of the patients underwent uterine surgery, 19.5% head pelvis incompatibility, 12.1% dynamic dystocia babies) and caesarean social indications (86.5% having a baby with the treatment, 13.5% of mothers' wishes). 11.3% of the women had a baby by treatment and all delivered by cesarean section. 44.8% of the women who have babies with treatment (precious baby) are in the 35-45 age group, 54.2% are working and 40.6% are college / university graduates. 99% of these women had no history of cesarean delivery before. In line with this findings, it may be advisable to reduce the anxiety of the women who have a baby with the treatment and to encourage normal birth unless there is medical indication.

Key Words: Choice, Cesarean Section, Decision Making, Delivery, In Vitro Fertilization

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum şekli, sağlıklı bir gebelik sürecinin sürdürülmesinde ve sonlanmasında en önemli faktörlerden biridir. Sezaryen ile doğum herhangi bir tıbbi endikasyon nedeniyle yapıldığında anne ve bebek için güvenli bir doğum şekli olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranları sezaryen ile doğumlarda daha yüksektir (1).

Sezaryen, dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1985'ten beri ideal sezaryen oranlarının tüm doğumlar içinde %10-15 olması gerektiğini öngörmesine rağmen günümüzde sezaryen doğum sıklığı özellikle orta ve yüksek gelirli ülkelerde olmak üzere dünya genelinde hızla artmaktadır (3). Dünya genelinde 1970'li yıllarda %5 olan sezaryen sıklığı, 2015 yılında %21.1'e ulaşmıştır (4). Sezaryen ile doğumlarda bölgesel farklar olmakla birlikte literatürde Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde sezaryen doğumların oranının %40.5'e kadar çıktığı ve bunu Kuzey Amerika (%32.3), Okyanusya (%31.1), Avrupa (%25), Asya (%19.2) ve Afrika'nın takip ettiği belirtilmektedir (5). DSÖ 2015 verilerine göre dünya da en yüksek sezaryen oranına sahip ülkelerin sırasıyla Dominik Cumhuriyeti (%56.4), Brezilya (%55.6), Mısır (%51.8) olduğu görülmektedir (4).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryen ile gerçekleşen doğumlar giderek artmaktadır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasının (TNSA) 1993'te yaklaşık olarak %7 olan sezaryen doğum oranı 2013'te %48 olarak bulunmuştur (6-8). Ülkemizde 2016 yılında tüm doğumlar içinde sezaryen doğum hızı %53,1 olarak belirlenirken; primer sezaryen doğumun tüm doğumlar içindeki payı da %26,4 olmuştur (9). Türkiye bu oran ile Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkeleri arasında sezaryen doğum oranlarında birinci sırada yer almaktadır. Sezaryen sıklığında OECD sıralamasında ikinci sırayı İtalya, üçüncülüğü İspanya alırken, bu ülkeleri İngiltere ve Fransa takip etmektedir. Sezaryen sıklığında dünyada en az uygulamada İsrail başı çekerken, onu Finlandiya, İsviçre, Norveç izlemektedir (10).

Günümüzde en sık uygulanan sezaryen endikasyonları geçirilmiş uterin cerrahi, distosi, fetal distres ve prezentasyon anormallikleridir. Bununla birlikte sezaryenla doğum yapma oranındaki artışta; prenatal tanı yöntemlerinin gelişmesi, sezaryen ile doğumun hem anne, hem de sağlık profesyonelleri için daha uygun bir yöntem olması

düşüncesi, cerrahi tekniklerin gelişmesi, cerrahi bakım ve anestezi yöntemlerinde güvenliğin artmış olması, tıbbi dava korkusu, doğum zamanını planlama isteği, sezaryenin maddi getiri olarak görülmesi, doğum indüksiyonunun artması, vajinal doğumlarda forseps ve vakumun daha az kullanılması, obezite prevalansının artması, sezaryenle doğum sonrasında vajinal doğumun tercih edilmemesi, vajinal doğum nedeniyle oluşan pelvik taban hasarının artması, ileri yaş gebeliklerin artması ve birçok nedenden dolayı annenin sezaryen ile doğum istemesi sayılabilmektedir (1, 2, 11). Bununla birlikte 40 yaş üzeri gebeliklerde, yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gerçekleşen gebeliklerde artış ve buna bağlı çoğul gebeliklerde de artış olması ile “riskli gebelik”, “kıymetli gebelik” ve “kıymetli bebek” kavramının ortaya çıkması gibi nedenler günümüzde sezaryenle doğumların artmasının diğer nedenleri arasında gösterilmektedir. YÜT ve 40 yaş üzeri sahip olunan bebekler direkt “kıymetli bebekler” grubuna dahil edilmektedir (12, 13).

Kadınların sezaryen doğumu tercih etmesi de dahil olmak üzere bu gebeliklerin obstetrik yönetiminde “kıymetli bebek” kavramının etkisi olduğu inancı bulunmaktadır. Çünkü aileler açısından; yıllarca özlemi çekilmiş, maddi, manevi zahmetlere katlanılarak elde edilmiş bebekler olduğu için çok daha kıymetli olarak görülmektedirler. Doktorlar açısından ise; spermi ya da yumurtası az olduğu veya tek yumurta ya da tek spermle elde edilen gebelikler olmasından dolayı kıymetli bebekler olarak kabul edilmektedirler (14). Bu gibi durumlarda dünyaya gelecek olan bebeğe “kıymetli bebek” gözüyle bakılmakta olup doğum esnasında meydana gelebilecek herhangi bir komplikasyon ya da en küçük bir travmadan bile korunmak istenmektedir. Anne ve sağlık profesyonelleri tarafından da sezaryen ile doğumun daha kontrollü ve güvenli olduğu düşünülmektedir (15, 16). Ancak yardımcı üreme teknikleri ile elde edilen bebeklerin mutlaka sezaryen ile doğması gerektiği şeklinde bir kanıt bulunmamaktadır. Riskli bir gebelik olduğundan dolayı doğum şekline karar verirken çoğunlukla, ani gelişebilecek olan riskleri ekarte edebilmek için sezaryen ile doğum kararı alınmaktadır. Çünkü yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar zor elde ettikleri bu gebeliği, normal doğumla riske atacaklarını düşünmektedirler (17-19). Literatürde 40 yaş üzeri ve YÜT ile olan gebeliklerin sezaryen oranları yüksek olarak bildirilmiş ve bu bebeklerin kıymetli bebek olarak görülmesine, ailelerinin beklenti ve kaygı bozukluğunun çok yüksek olmasına bağlanmıştır (20).

Ülkemizde ise örneklem sayısı az olan bazı çalışmalarda sezaryen sebepleri arasında “kıymetli bebek” endikasyonundan bahsedilmektedir (21-23). Kıymetli bebek, sezaryen endikasyonları arasında sayılmamasına rağmen bazı çalışmalarda sezaryen nedenleri arasında olduğu belirtilmektedir (24-28). Örneğin, Wang ve diğerlerinin yaptığı çalışmada sezaryenin ilk yedi endikasyonu belirlenmiş olup, anne isteği, baş-pelvis uyumsuzluğu ve anne yaşının yanı sıra %3.2 oranla kıymetli bebek endikasyonu yer almıştır (29).

Ülkemizde TNSA, Sağlık Bakanlığı ve Sağlık İstatistik Yıllığında “kıymetli bebek” endikasyonu ile ilgili herhangi bir oranının olmadığı görülmektedir. Bu araştırmada sezaryen endikasyonları incelenerek, kıymetli bebek endikasyonunun sezaryen oranları üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda araştırmanın primer amacı, sezaryen doğum oranlarında “kıymetli bebek” etkisini değerlendirmektir. Sekonder amacı ise, bu araştırmadan elde edilen veriler ile sezaryen endikasyonu literatürüne katkı sağlamaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sezaryen Tanımı

Sezaryen ameliyatı, vajinal doğumun anne ya da fetus için risk taşıdığı veya vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı durumlarda, fetusun abdomen ve uterus duvarından kesi yoluyla doğurtulması olarak tanımlanmaktadır (30). Türk Dil Kurumu (TDK) ise “sezaryen” kelimesinin anlamını, doğumun doğal olmadığı durumlarda karın ve döl yatağının kesilerek bebeğin doğurtulması olarak belirtmektedir (31).

Sezaryen ile doğum, gebelik sürecinde ve doğum eylemi sırasında herhangi bir komplikasyon meydana geldiğinde anne ve bebek için hayat kurtarıcı bir uygulama olmaktadır. Ancak herhangi bir sezaryen endikasyonu olmaksızın yapılan sezaryen ile doğumun anne veya bebek için yararlı olduğunu gösteren bir kanıt bulunmamaktadır. Çünkü sezaryen ile doğum majör cerrahi bir işlem olduğu için kısa ve uzun vadeli etkilere neden olabilmektedir. Bu da mortalite ve morbidite oranlarında olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (3, 32).

4.2. Sezaryen Tarihçesi

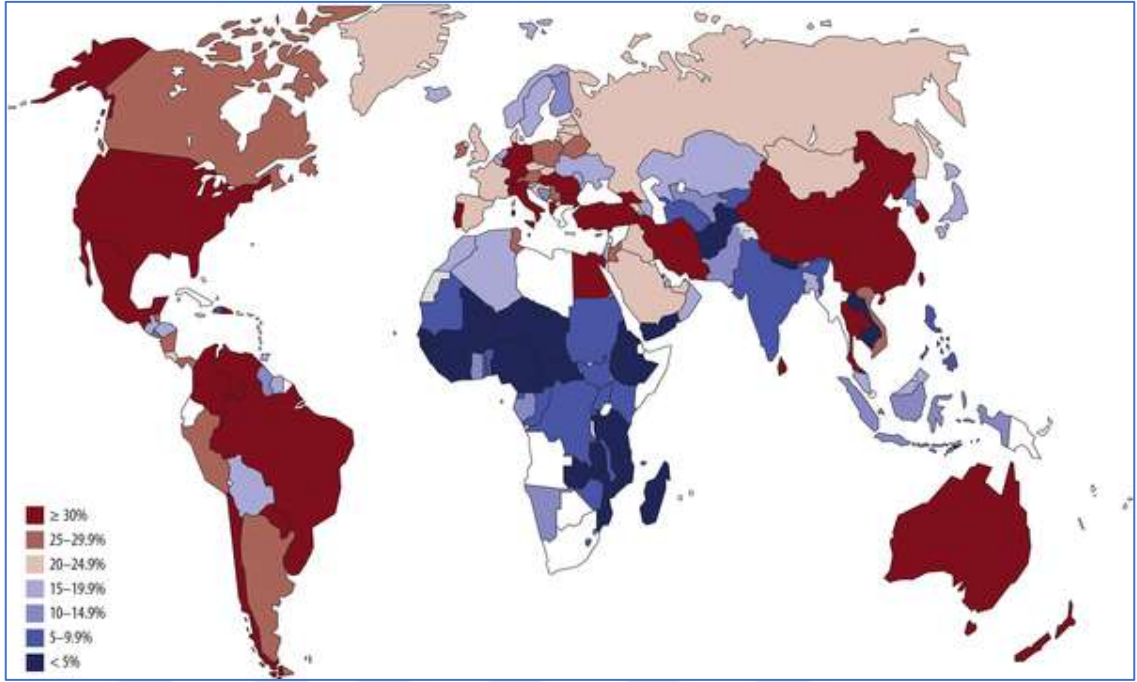
Sezaryen, son derece eski bir ameliyattır. Sezaryenle doğan ve yaşayan bir çocuğun en eski kaydı, M.Ö. 508 yılına dayanmaktadır. Roma'nın erken dönem krallarından biri olan Numa Pompilius'un çıkarmış olduğu yasaya göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarma amacıyla uygulanan işlem önce “lex regia” daha sonra “lexcaesarea” olarak adlandırılmıştır. Bir hayvan bakıcısının 1500 yılında, doğumda esnasında durumu kötüleşen karısına sezaryenle doğum yaptırılmış ve anne ile çocuk yaşatılmıştır. Lebas'ın 1769'da kesilen uterusu dikiş atması sayesinde sezaryendeki yüksek oranlardaki mortalitenin düşürülmesi başarılmıştır. Fakat mortalite oranlarındaki bu düşüşe rağmen uygulama uzun bir süre boyunca uygulanmamıştır. Barlow 1817'de İngiltere'de, uterusu dikiş atarak uygulamayı tekrar gündeme getirmiştir (33, 34). Yapılan çalışmalarda o zamanlara ait başarılı sezaryen doğumların gerçekleştiği ve anne ile bebeğin sağlıklı olduğuna dair raporlar bulunmuştur. Ancak bu raporların birçoğunun, işlemin gerçekleştirildiği tarihten sonra yazılan raporlar olduğu tespit edilmiştir. Bu dönemlerde sezaryenle doğum sonrasında gebelerin hayatını kaybetmelerinin en önemli sebeplerinin kanama ve peritonit olduğu bildirilmiştir (35).

Max Sanger'in 1882'de henüz bir asistan iken Leipzig'de bir klinikte uterus duvarının dikilmesi konusundaki fikirlerini paylaşması ile birlikte yaşanan önemli gelişmeler sayesinde kanama ve enfeksiyon oranları azalmış ve mortalite oranlarında önemli bir düşüş olmuştur (33). İtalyan Profesör Eduardo Porro 1876 yılında, sezaryen sonrası kanama ve enfeksiyonun önlenmesi için sezaryen sırasında histerektomi yapılmasını önermiştir. Bunun sonucunda maternal mortalite dramatik şekilde azalmıştır. 1908'de Pfannenstiel uterin serozayı keserek mesaneyi uzaklaştırmıştır. 1912'de Kroning ise alt uterin segment serozasını açarak mesanenin uzaklaştırılmasını, ardından alt uterin segmentin vertikal olarak açılmasını ve fetusun bir forseps ile çıkartılmasını önermiştir. 1926'da bugün en çok uygulanan uterus kesi tipi olan Kerr tekniği önerilmiştir. Bu teknikte alt segmentte açıklığı yukarı bakan hilal şeklinde bir insizyon yapılmıştır. Bugün Kerr tekniği, en çok uygulanan sezaryen tipidir. Sağlık sektöründeki antibiyotik tedavisinin ve modern kan tranfüzyonun gelişmesi gibi birçok yenilik sayesinde sezaryen günümüzde en sık kullanılan ve en güvenilir cerrahi işlemlerden biri haline gelmiştir (36).

4.3. Dünyada ve Türkiye'de Sezaryen Sıklığı

DSÖ tarafından önerilen %10-15 sezaryen oranı 20. yüzyılın ortalarında sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeler ile birlikte gebelerin takip edilmesinin kolaylaşması ve yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin ortaya çıkmasıyla sezaryen endikasyonlarının da genişlediği görülmektedir. Buna bağlı olarak sezaryenle doğum sıklığının her ülkede farklılık göstermesine rağmen tüm dünyada önemli bir artış gösterdiği belirtilmektedir. Dünyada 1970-1990 yılları arasında %5'lerden %20-25 düzeylerine çıkan sezaryen sıklığı günümüze kadar artarak devam ettiği görülmektedir (30).

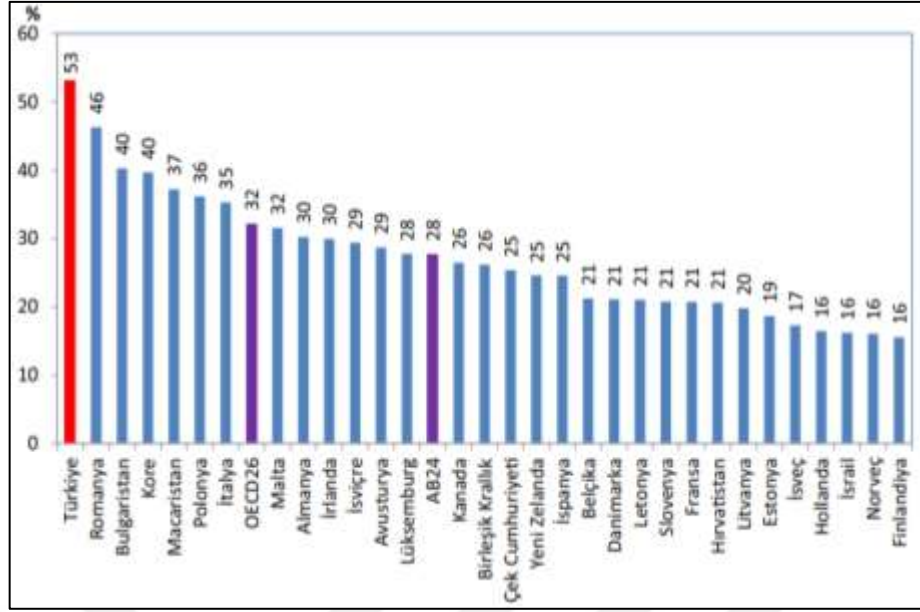
DSÖ 2015 verilerine göre ise Dominik Cumhuriyeti %56.4 sezaryen oranıyla dünyada ilk sırada, Brezilya %55.6 ile ikinci sırada ve Mısır %51.8 ile üçüncü sıradadır. Bu ülkeri Türkiye %50.4, İran %48 ve Çin %47 takip etmektedir (3).



Şekil 1. Dünyada güncel sezaryen oranları dünya haritası (Betran'dan, 5)

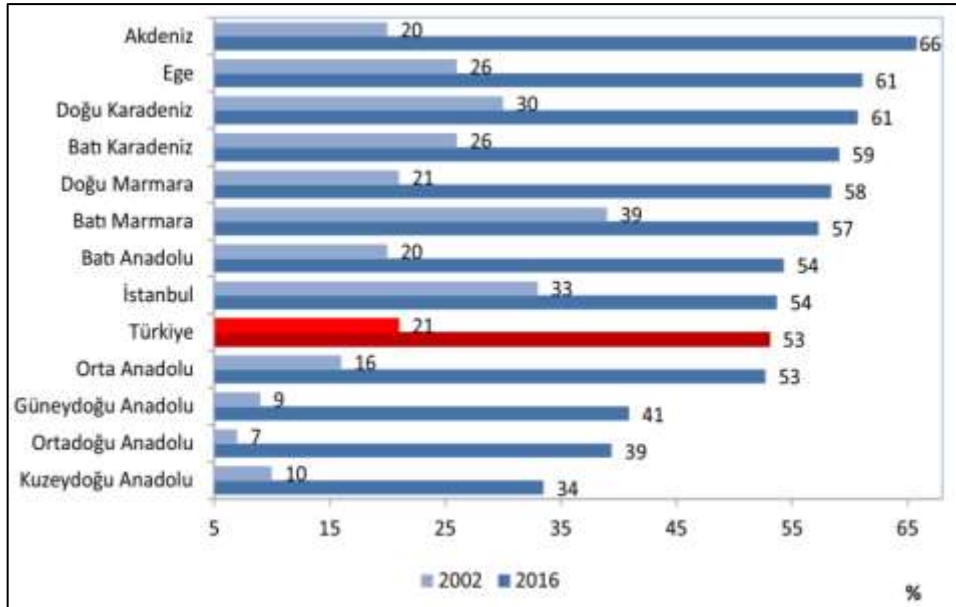
Dünya genelinde, canlı doğum verileri üzerinden yapılan hesaplamalar ile az gelişmiş ülkelerde %6'dan, gelişmiş ülkelerde %27.2'ye kadar değişen sezaryen oranlarının ortalamasının %18.6 olduğu tespit edilmiştir. Batı Afrika %3 ile en düşük sezaryen oranına sahipken, Güney Amerika kıtasının %42.9 ortalama oran ile en yüksek sezaryen oranına sahiptir (5).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sezaryenle doğum oranı giderek artış göstermektedir. TNSA 2003 verilerine göre %21.2 olan sezaryen oranı, 2008 yılında %36.7'ye, 2013 yılı raporuna göre ise %48'e yükselmiştir (6-8). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 ve 2016 verilerine göre ise ülkemizde sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı 2002 yılında %21, 2015 yılında %53, 2016 yılında ise %53.1 olduğu belirtilmektedir (9). 2015 yılında OECD ülkeleri arasında sezaryenle doğum oranlarının en yüksek olduğu ülke Türkiye'dir (Şekil 2) (10).



Şekil 2. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırması (9)

Yine 2016 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre; Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri en düşük sezaryen ve primer sezaryen oranlarına sahipken, Akdeniz ve Ege bölgeleri en yüksek sezaryen ve primer sezaryen oranlarına sahip bölgelerdir (Şekil 3) (9).



Şekil 3. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı, 2002, 2016 (9)

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) Sezaryen Raporuna göre Türkiye’de sezaryen oranlarının artış nedenleri:

- Ağrısız doğumun yaygın olarak kullanılmaması,
- Doğum salonlarında donanım eksiklikleri, doğum odalarının bireyselleşmiş olması, yardımcı personel ile ebe ve hemşire bakımının yeterli olmaması,
- Nitelikli ebe sayısının yetersiz olması,
- Doktorların hata yapma durumunda aldıkları ceza ve yaptırımlar sonucu doktorların, doğum sürecini hukuki açıdan riskli bir işlem olarak görmesi,
- Gebelerin, gebelik öncesinde ve sürecinde bilgilendirmesinin eksik yapılması ve gebe okullarının yaygınlaşmaması,
- Gebelerin eğitim eksikliğine bağlı olarak doğuma ait korkularının olması ve buna karşı etkili psikolojik destek sağlanamaması,
- Anne isteği ile sezaryenin tüm boyutlarıyla tartışılmaması,
- Kadın Hastalıkları ve Doğum doktorlarının ağır çalışma koşullarının, maddi ve manevi olarak gözetilmemesi olarak belirtilmektedir (37).

Sağlık Bakanlığı ile TJOD Türkiye’de yüksek sezaryen oranlarını düşürmek için ortak eylem planı hazırlamıştır. Ortak Eylem Planının temel amacı “daha az sezaryen” değil, “daha doğru travay ve doğum yönetimi” ve sezaryen oranlarının %35 düzeyine düşmesini sağlamaktır. Stratejiler; klinik hizmet düzeyinde stratejiler, idari düzenlemeler, halka yönelik stratejiler olarak üç başlık altında toplanmıştır (38).

Klinik hizmet düzeyindeki stratejiler; doktor, ebeler ve diğer sağlık personellerinin vajinal doğumun özendirilmesine yönelik tutum ve davranış geliştirilmesini, sezaryen oranlarının analizinde Robson’s Kriterlerinin kullanılmasını, doğum sürecinde gebelerin özerklik ve mahremiyetine dikkat edilmesini, analjezi ve anestezi uygulamalarının yaygınlaştırılmasını ve tıbbi endikasyonu olmayan sezaryenle doğumdan kaçınılması gerektiğini kapsamaktadır (38).

İdari düzenlemelere yönelik stratejilere göre, tıbbi endikasyonu olmayan sezaryenle doğumların azaltılması konusunda, tüm kurumlar arası iş birliği ve ortak yaklaşım sürdürülmesi, doğum ve sezaryen ücretleri ile performans kriterlerinin düzenlenmesi, sezaryen oranlarının yüksek olmasının nedenleri ve azaltılmasına yönelik araştırmaların desteklenmesi gerekmektedir (38).

Halka yönelik stratejiler ise, doğum öncesi bakım verilirken, gebelerin hastanede ve vajinal doğum yapmalarının teşvik edilmesini ve sezaryen yönünden özel aktivitelerin düzenlenmesini içermektedir (38).

Sağlık Bakanlığının son yıllarda izlediği sağlık politikaları sayesinde sezaryen oranlarının aynı oranda kaldığını ve azaldığını gösteren lokal çalışmalar bulunmaktadır. 2014-2016 yılları arası sezaryen oranı ve endikasyonlarını incelemek için yapılan bazı çalışmalarda, sezaryen doğumların vajinal doğumlara göre 2014'den 2016 yılına doğru azaldığını tespit edilmiştir (39-41).

4.4. Sezaryen Endikasyonları

Literatürde tıbben gerekli olduğunda, sezaryenin perinatal mortalite ve morbiditeyi etkili şekilde önlediği fakat endikasyonun olmadığı durumlarda anne ya da yenidoğan mortalitesini azalttığına dair kanıt olmadığı bildirilmektedir. Nitekim yapılan araştırmalarda %15'in üzerindeki sezaryen oranları, anne ve yenidoğan mortalite hızlarındaki azalmayla ilişkili bulunmamıştır. Bununla birlikte DSÖ sezaryen hızı olarak önerilen %15 seviyesinin altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin artacağını belirtmektedir (3, 5, 41).

DSÖ'ye göre ülkeler hizmet verilen toplumun belirli özelliklerini ve farklı obstetrik vakaları bilerek sezaryen doğum hızlarını izlemeleri gerekmektedir. Bunun için DSÖ tarafından, kullanılan sistemlerle ilgili bir araştırma yürütülmüş ve Robson sınıflamasının ihtiyaca yönelik en kullanışlı sistem olduğu sonucuna varılmıştır. Robson sınıflamasına göre kadınlar on farklı grupta birbirinden bağımsız olarak sınıflandırılmakta ve beş temel doğum özelliğini dikkate alınarak oluşturulmaktadır. Bunlar; parite (nullipar, multipar ve geçirilmiş sezaryen), doğum eyleminin başlaması (spontan, indüklenmiş veya eylem başlamadan sezaryen), gebelik süresi (preterm veya term), fetal prezentasyon (baş, makat veya transvers) ve fetüs sayısı (tek veya çoğul) olarak belirtilmektedir. Basit, güvenilir, tekrarlanabilir, klinik açıdan anlamlı ve prospektif olan bu sınıflama sezaryen hızlarının karşılaştırmasını ve analizini sağlamaktadır (3).

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) sezaryenle doğumun, sadece anne ve bebeğin refahını artırmak ve sonuçları iyileştirmek için yapılması düşüncesini savunmaktadır. Bu nedenle sezaryenle doğumun isteğe bağlı olarak değil,

tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmektedir (42). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ise sezaryen endikasyonlarını ilerlemeyen doğum eylemi, fetal distres, umbilikal kord prolapsusu, çoğul gebelik, plasentaya ait sorunlar, makrozomik bebek, prezentasyon anomalisi, maternal enfeksiyonlar ve annenin sistemik hastalıkları olarak belirtmektedir (43).

Ülkemizde de sezaryen ile doğumun, vajinal doğumun alternatifi olmadığı ve cerrahi bir işlem olması nedeniyle tıbbi endikasyon nedenleriyle yapılması gerektiği savunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberinde sezaryen endikasyonları; fetal endikasyonlar (fetal sıkıntı, fetal prezentasyon anomalileri, çoğul gebelikler, fetal anomaliler), maternal endikasyonlar (geçirilmiş uterus cerrahisi, sistemik hastalıklar, anneden fetüse bulaşabilecek maternal enfeksiyonlar), travay ve doğuma ait komplikasyonlar (uzamış eylem, baş-pelvis uyumsuzluğuna bağlı anormal eylem, fetal makrozomi) ile umbilikal kord ve plasentaya ait endikasyonlar (kordon sarkması yönetimi, plasenta previa yönetimi, ablasyo plasenta yönetimi, vasa previa) olmak üzere dört başlık altında gösterilmektedir (44). Bunun yanı sıra yapılan literatür incelemesine göre sezaryen endikasyonları; anneye ait endikasyonlar, bebeğe ait endikasyonlar, fetüs eklerine ait endikasyonlar, sosyal endikasyonlar ve diğer endikasyonlar olmak üzere beş grupta da incelenebilmektedir (45).

4.4.1. Anne ile İlgili Endikasyonlar

- Geçirilmiş Sezaryen
- Sefalopelvik Uyumsuzluk (CPD)
- Dinamik Distosi
- Yumuşak Doğum Yolu ile İlgili Sebepler
- Annenin Sistemik Hastalıkları
- İleri Yaş Gebelik

4.4.1.1. Geçirilmiş Sezaryen

Sezaryen oranlarında görülen hızlı yükselme artmış primer sezaryen oranları ve azalmış sezaryen sonrası vajinal doğum oranları ile ilişkilendirilmektedir (46). ACOG primer sezaryenle doğum yapan gebelerin sonraki doğumlarında vajinal doğum yapma oranının %10 civarında olduğunu, sezaryenle doğum yapma oranının %90 olduğunu

belirtmektedir. Bu oranlar “Bir kez sezaryen, her zaman sezaryen” kavramını destekler niteliktedir (47,48). Yapılan çalışmalara bakıldığında geçirilmiş sezaryen endikasyonunun en düşük oranı %24 iken, en yüksek oranı ise %58.2 olup ortalama %41.1’dir. Bu oranlar, literatürde en sık sezaryen endikasyonu olarak karşımıza çıkan geçirilmiş sezaryen endikasyon sayısının fazlalığını desteklemektedir (41, 49-56).

4.4.1.2. Sefalopelvik Uyumsuzluk (CPD)

Bebeğin çok iri olduğu durumlarda, pelvis yapısının bebeğin doğumu için yeterli büyüklükte olmaması veya anormal olması durumu olarak tanımlanmaktadır. Pelvis girişinde, orta pelviste ve çıkışta uyumsuzluklar olabilmektedir (57). Literatürde en sık sezaryen endikasyonu olarak sefalopelvik uyumsuzluk ikinci sırada yer almaktadır (28, 53, 58-60).

4.4.1.3. Dinamik Distosi

Distosi; anormal doğum eylemini olarak tanımlanmaktadır. Distosi varlığının sezaryen doğum oranını arttırdığı ve çoklu komplikasyonlara yol açtığı bildirilmektedir. Tüm doğumların yaklaşık %8-11’ini oluşturduğu ve bunların %31’inin sezaryenle doğum ile sonuçlandığı belirtilmektedir (61, 62).

Distosi dört faktöre göre sınıflandırılır:

1. Uterus disfonksiyonlarına ait: Doğumu sağlayan motor güç ile ilgili fonksiyon bozuklukları içermektedir. Uterus kontraksiyonlarının yetersiz veya düzensiz olması gibi uterus disfonksiyonlarına ait nedenler bulunmaktadır.
2. Doğum objesine ait: Fetüse ait prezantasyon ve pozisyon bozuklukları içermektedir.
3. Kemik pelviste ait: Kemik pelviste ait nedenleri içermektedir.
4. Annenin psikolojisi (63).

4.4.1.4. Yumuşak Doğum Yolu ile İlgili Sebepler

Doğum yolunda önceden geçirilmiş ameliyat olması, enfeksiyon varlığı, neoplazik hastalıklar, servikse uygulanan cerrahi girişimler gibi nedenler vajinal doğuma engel olabilmektedir (64).

4.4.1.5. Annenin Sistemik Hastalıkları

Kadınların sistemik hastalıkları gebeliğin seyrini etkileyerek, doğum sırasında ve sonrasında kalıcı etkilerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Gebelik öncesinde var olan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan bu hastalıklar doğumun şeklini etkileyebilmektedir. Diabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, böbrek hastalıkları, kanser gibi hastalıklardır (44).

4.4.1.6. İleri Yaş Gebelik

Bazı kaynaklarda 35 yaş ve üzeri gebelikler ileri yaş gebelikler olarak tanımlanırken (58, 60, 65) bazı kaynaklara göre ise maternal yaşı 40'ın üzerinde olması ileri yaş gebelikler olarak belirtilmektedir (66-68). İleri yaş gebeliklerin neonatal ve obstetrik komplikasyonlara neden olarak sezaryen oranlarını arttırdığı belirtilmektedir. Düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma, gestasyonel diabet, kromozom anomalileri, preterm eylem, erken membran rüptürü ve plasenta anomalileri bu komplikasyonlardan bazılarıdır (60, 69). Bununla birlikte herhangi bir sezaryen endikasyonu olmaksızın maternal yaş ilerledikçe sezaryen oranlarının arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (58-60, 66-70).

4.4.2. Bebek ile İlgili Endikasyonlar

- Prezantasyon Anormallikleri
- Pozisyon Anormallikleri
- Fetüse Ait Gelişme Anormallikleri
- Fetal Distres
- Post-term Gebelik
- Rh Uyumsuzluğu
- Makrozomik Bebekler
- Çoğul Gebelikler

4.4.2.1. Prezantasyon Anormallikleri

Makat geliş, karma geliş (compound), transvers ve oblik gelişler bu grupta yer almaktadır. Tüm doğumların %3-4'ünde makat doğum görülmektedir. Ancak bu durum mutlak sezaryen endikasyonu kabul edilmemekle birlikte makat geliş, fetal başın takılması, doğum travması, perinatal asfiksi ve kordon prolapsusu sebebiyle sezaryen

endikasyonlarında sık görülen bir diğer sebeptir (63, 71). Yapılan çalışmalarda makat prezentasyonu olan gebelerin %10 ile %44'üne sezaryen ile doğum yaptırılmıştır (50, 72).

4.4.2.2. Pozisyon Anormallikleri

Defleksiyon gelişleri, oksiput posterior, yüksekte düz duruş, derinde transvers duruş ve asinklitismus bu grupta yer almaktadır (57).

4.4.2.3. Fetüse Ait Gelişme Anormallikleri

Fetüste lokal büyüme yapan hidrosefali, geniş abdomen, anensefali, spina bifida gibi sebepler, makrozomik bebekler ve diğer anormallikler sezaryen endikasyonu olabilmektedir (63).

4.4.2.4. Fetal Distres

Uteroplasental vasküler hastalık, uterin perfüzyonun azalması, fetal rezervlerin azalması, fetal sepsis ve kord baskısı gibi durumların bir ya da birkaç tanesinin ortaya çıkardığı bir durumdur. Bu durumlara yanıt olarak ortaya çıkan fetal kalp hızında bir azalma veya düzensizlik, fetüsün aşırı hareketli olması ve amniyotik mayinin mekonyumlu olması fetal sağlığın tehlikede olduğunun göstergesidir. Fetal distres tanımlandığında temel amaç hızlı bir şekilde doğumun gerçekleşmesidir ve standart olarak bu süre 30 dakikadır (63, 72). Günümüzde yaygın olarak kullanılan elektronik fetal monitörizasyon un subjektif olarak değerlendirilmesi fetal distress tanısı ile yapılan sezaryen oranını da arttırmaktadır (73). Yapılan çalışmalarda, fetal distres genelde en sık ikinci veya üçüncü sırada sezaryen endikasyonu olarak belirtilmektedir (39, 41, 50, 74, 75).

4.4.2.5. Post-term Gebelik

Postterm gebelik, fetüsün 42 gebelik haftasından (294 gün) daha uzun süre uterusda kalması olarak tanımlanmaktadır. Postterm gebeliğin, perinatal morbidite ve mortalitede belirgin artışa neden olmasının sebebi; mekonyum aspirasyonu, fetal dismatürite sendromu, uzun dönem nörolojik sekeller ve fetal ölüm gibi önemli riskler taşınması olarak değerlendirilmektedir (76, 77). Bu durumda fetal sağlığı değerlendirmek için yapılan girişimler sonucunda plasentanın doğum eylemi sırasında fetüs için gerekli

besin ve oksijeni sağlaması yeterli düzeyde olmayacaksa sezaryen doğum tercih edilebilmektedir (78, 79).

4.4.2.6. Rh Uygunsuzluğu

Eritrosit membranında bulunan Rh antijeni, glikoprotein yapısında bir moleküldür. Rh uygunsuzluğu, anne tarafından fetal eritrositlere karşı antikorların oluşmasıyla hemoliz ve indirekt hiperbilirubinemiyle sonuçlanabilen bir klinik tablodur (80). Rh D antijeni ile karşılaşılması sonucunda hafif olarak geçirilebileceği gibi ağır formlarında hidrops fetalis ve intra uterin ölüme neden olabilmektedir. Bu sebeple olumsuz sonuçları azaltmak için sezaryen ile doğum tercih edilebilmektedir (81).

4.4.2.7. Makrozomik Bebekler

Fetal makrozomi, doğum ağırlığının 4000 gram ve üstünde olması ya da gestasyonel yaşa göre 90. persentilin üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır. Anne ve bebek sağlığını önemli derecede etkileyen bir klinik durum olmasıyla birlikte gestasyonel veya pregestasyonel diyabeti olan ve/veya obez gebeler en sık rastlanan risk faktörleridir (82). Fetal makrozomi tüm gebeliklerin %3 ile %15'ini etkilemektedir. Anne ve bebek için taşıdığı olumsuz etkilerden dolayı makrozomik bebekler sezaryen oranlarını artırabilmektedir (83).

ACOG, herhangi bir risk faktörü taşımayan anne fetüslerinde 5000g ve üzerinde, diyabetik anne fetüslerinde ise 4500g ve üzeri makrozomik bebek tanısı konulması ve sezaryen planlanmasını önermektedir (84).

4.4.2.8. Çoğul Gebelikler

Çoğul gebelikler her dönemde karşılaşılan bir durum olmasına rağmen günümüzde daha yaygın olarak rastlanmaktadır. İleri gebelik yaşı, yardımcı üremenin tekniklerinin ve ovulasyon indükleyici ajanların kullanımındaki artışa bağlı olarak çoğul gebeliklerin arttığı belirtilmektedir (85-87). Birden fazla fetüsün olduğu gebelikler maternal ve perinatal morbidite ile mortalite oranlarını olumsuz etkiledikleri için yüksek riskli gebelikler olarak nitelendirilmektedir. Çoğul gebeliklerde prematürite, preeklamsi, hidroamniyoz, plasenta previa, ablasyo plasenta ve kord prolapsusu gibi durumların daha sık görülmesi beraberinde mortaliteyi arttırmaktadır (88, 89).

4.4.3. Fetüs Ekleri ile İlgili Endikasyonlar

- Plasenta Previa
- Plasenta İnsersiyon Anormallikleri
- Ablasyo Plasenta
- Umbilikal Kord Prolapsusu veya Prezantasyonu

4.4.3.1. Plasenta Previa

Plasentanın, internal os'un üstünde ya da çok yakınında bulunması olarak tanımlanmaktadır. Gerçek nedeni bilinmemekle birlikte endometrial skar dokusu, endometrial vaskülarizasyonda bozulma ve plasental kütlede artış ile ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu vakalarda kanama genellikle aniden ortaya çıkar ve aşırı derecede fazla olmaktadır. Kanamanın fazla olmadığı durumlarda pıhtılaşmayla birlikte durabilmekte ancak uterustaki değişimlerle kanama tekrarlayabilmektedir (90).

Plasenta previa grade bir veya iki ve fetal baş yerleşmiş ise vajinal doğum yaptırılabilir fakat acil sezaryen önlemlerinin alınması önem taşımaktadır. Grade üç veya dört olan gebelere sezaryenle doğum yaptırılması gerekmektedir (44).

4.4.3.2. Ablasyo Plasenta

Ablasyo plasenta fetüsün doğumundan önce, desidua basalis içine olan kanama sonucu plasentanın uterusu implante olduğu yerden tam ya da kısmi ayrılması olarak tanımlanmaktadır (91). En önemli üçüncü trimester kanamalarından olup gebeliğin ciddi bir komplikasyonudur. Maternal ve perinatal mortalite ve morbitideyle ilişkilidir. Ablasyo plasentada doğum zamanı maternal ve fetal duruma, anne yaşına, belirtilerin şiddetine ve fetüsün durumuna göre kararlaştırılmaktadır. Fetüs canlı değil ise vajinal doğum planlanmaktadır. Fetüs preterm ise sağlık durumuna göre doğum geciktirilebilmekte veya sezaryenle doğum yaptırılabilir (92, 93).

4.4.3.3. Plasenta İnsersiyon Anormallikleri

Plasentanın uterus duvarına farklı derecelerde yapışmasının (plasenta akreta, inkreta ve perkreta) tümüne “plasenta akreta” denir. Alt uterin segmentin anatomik olarak zor ve cerrahi işlem açısından riskli olması nedeniyle bu vakalarda morbidite ve mortalite oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu olgularda kan kaybının çok fazla

olması nedeniyle sezaryenle doğum tercih edilir ve çoğunlukla histerektomi gerektirebilmektedir (94, 95).

4.4.3.4. Umbilikal Kord Prolapsusu veya Prezantasyonu

Umbilikal kord prolapsusu, umbilikal kordun fetüsün prezente olan kısmının yanından kayarak serviks kanalı ya da vajinadan dışarı doğru uzanması olarak adlandırılan ve hızlı müdahale gerektiren bir obstetrik acildir. Bu vakalarda ciddi fetal mortalite nedeniyle genellikle oldukça hızlı bir şekilde sezaryen ile doğum gerçekleştirilmektedir (94-96).

4.4.4. Sosyal Endikasyonlar

Anne adayları özellikle gebeliğin son dönemlerde doğum şekli konusunda endişe duymaktadırlar. Nullipar gebelerde bu endişe daha fazla olup daha sonraki doğumları etkileyeceğinden dolayı önemli bir faktördür. Tıbbi endikasyonların yanı sıra sosyal, psikolojik ve çevresel faktörler de annenin doğum tercihini etkileyebilmektedir. Anne isteği, planlı bir zamanda doğum yapmak istemesi, malpraktis korkusu ve tedaviyle bebek sahibi olmak gibi nedenlerden dolayı sezaryen doğum tercih edilebilmektedir (21, 22).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranlarının artmasında cerrahi ve anestezi alanındaki gelişmeler ile sezaryenin daha kolay uygulanabilir bir operasyon haline gelmesi ve gebelerin sezaryen doğumu vajinal doğumun bir alternatifi olarak görmesinin katkısı büyüktür. Tıbbi bir endikasyon sebebiyle yapılması gereken bir operasyon olmasına rağmen son yıllarda anne isteği göz önüne alınarak da yapılmaktadır (97, 98).

Sezaryen ile doğumun giderek artması ve günümüzde rutin hale gelmesi, bunun en önemli nedenlerinden biri olan isteğe bağlı sezaryenlerin etik açıdan tartışılmasına neden olmaktadır. Anne isteğine bağlı sezaryen ile doğumları etik açıdan değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken önemli iki konu vardır. Birincisi, yapılacak tüm girişimlerin anne, fetüs/yenidoğan açısından kontrendikasyonu bulunmaması gerekmektedir. İkincisi, anne hem vajinal hem de sezaryenle doğum hakkında bilgilendirilmeli ve onamı alındıktan sonra annenin tercihinine uyulması etik bir davranış olmaktadır (99). Çünkü annenin, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15., 24. ve 25. maddelerine göre tedavi şekli hakkında bilgilendirilme, seçme, reddetme ve durdurma

hakları bulunmaktadır (100). Anne isteğine bağı sezaryenle doğumun etik boyutu tartışılırken anne ve bebek için yararlılık- zarar vermeme ilkesi, annenin kendi başına düşünme, değerlendirme, karar verme ve eylemde bulunabilme yetkinliğini değerlendirmek için özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi, tıbbi kaynakların kullanılmasında adalet ilkesi göz önünde bulundurulmaktadır (101).

4.4.5. Diğer Endikasyonlar

Herhangi bir endikasyon grubuna dahil edilemeyen endikasyonlardır.

4.5. Sezaryan Doğum Endikasyonlarında “Kıymetli Bebek” Etkisi

Sezaryen ile doğumların artış göstermesinin önemli nedenlerinden bazıları kadınların sosyoekonomik durumu, daha geç yaşta evlenmeleri ve ileri yaşta gebe kalmaları, az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, günümüzün önemli sorunlarından biri olan infertilite varlığı gibi nedenlerdir. Bu sebepler “riskli gebelik”, “kıymetli gebelik” ve “kıymetli bebek” kavramlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (102, 103). Kıymetli bebek, “Onechild” politikası nedeniyle Çin'e özgü bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Gebelik öyküsünde ikiden fazla spontan abortus, doğum veya fetal ölüm öyküsü olan, 40 yaş üzerinde olan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebelik olması “kıymetli gebelik” veya “kıymetli bebek” olarak tanımlanmıştır (104). Literatüre bakıldığında iki çağrışımı olan bu kelimenin sözlük anlamı değerli, nitelikli, yüksek bedeli olan olarak geçerken obstetrik olarak artmış riskin sonucu yapılmış bir çıkarımdır (25, 105).

Konu ile ilgili direk çalışmalar olmamakla birlikte dünyanın birçok yerinde yapılan çalışmalarda sezaryen endikasyonlarının alt başlıklarında “kıymetli bebek” ten bahsedilmektedir. Dünya da yapılan çalışmalarda kıymetli bebek nedeni ile sezaryen oranları %0.7- %18.18 oranları arasında değiştiği (29, 98, 106, 107), ülkemizde yapılan çalışmalarda ise kıymetli bebek nedeni ile olan sezaryen oranları %0.6- %12.6 oranları arasında değiştiği bildirilmektedir (1, 53, 88, 108). Bu ve benzer araştırmalara göre kıymetli bebek, sezaryen doğum oranları için az ancak önemli bir göstergedir (109-114). Kıymetli gebelikleri ayırt etmek için kullanılabilecek herhangi bir prosedür olmamasına rağmen 40 yaş üzeri gebeliklerin ve yardımcı üreme teknikleri ile bebek sahibi olma oranlarının artmasından dolayı bu ifadenin kullanımı giderek artmaktadır (25). Literatürde tedavi ile gerçekleştirilen gebeliklerin olumsuz sonuçlar için risk

faktörü olduğu belirtilmiştir. Örneğin; iki ya da daha fazla fetüs olması, prematürite oranlarının artması, preeklampsi, serebral palsy ve konjenital malformasyonlar görülme olasılığı diğer gebelere göre daha fazladır (115). Bunun yanında tedavi ile gebe kalabilmiş ileri yaş nulliparlarda yapılan bir çalışmada, oluşabilecek olumsuz gebelik sonuçlarının doktora yarattığı korkunun sezaryen oranlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Yani düşük riskli bir gebede olumsuz bir sonuçla karşılaşmamak için doktorlar sezaryen ile doğumu önermekte, kıymetli bebek sahibi olan kadınlar da sezaryen ile doğumu daha çok tercih etmektedirler (116). Bunun nedeni kadınların bebekleri için, sezaryen ile doğumun vajinal yolla doğuma göre daha güvenilir olduğunu düşünmeleridir (1, 22, 56, 117). Yapılan başka bir çalışmada ileri yaş gebelikleri olan ve kıymetli bebek sahibi olan kadınların hem kendi, hem bebekleri için da sağlıklı olduğunu düşündükleri için sezaryen ile doğumu tercih ettikleri belirtilmiştir (114).

Günümüzde anne isteğine bağlı sezaryen ile doğum yapmak etik açıdan tartışmalı bir konudur. Konu ile ilgili olarak TJOD, son zamanlarda sezaryen ile doğumun tıbbi nedenlerden çok kişisel nedenlerden dolayı tercih edildiğini belirtmektedir. Bu amaçla doktora başvurular giderek artmaktadır. Ancak doktorlar tıbbi avantajı olmayan bir müdahaleyi yapmak için zorlanamazlar (118). Tıbbi olmayan nedenlerden dolayı yapılan sezaryen ile doğumlar ile vajinal doğumların karşılaştırıldığında sezaryen ile doğumun risk ve yararını gösteren güçlü kanıtlar bulunmamaktadır. Bunun yanında vajinal doğumun hem anne, hem bebek açısından kısa ve uzun dönemde daha güvenilir olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Bu nedenle tıbbi bir endikasyon yoksa ve anne ikinci bir gebelik planlıyorsa, anne isteğinin iyi değerlendirilmesi ve doktorun anneyi sezaryen ile doğuma yönlendirmemesi gerekmektedir (118). FIGO tıbbi endikasyon olmadan sadece anne isteği üzerine sezaryen ile doğum yaptırmanın gösterilmiş faydası olmadığından etik açıdan doğru olmadığını belirtmektedir (119). ACOG ise doktorun sezaryen doğumla ilgili hastasını bilgilendirilmesini, morbidite ve mortalite olasılıklarının paylaşılmasını, korkuları varsa psikolojik olarak destek sağlanmasını, ancak herşeye rağmen kadın sezaryen ile doğum istiyorsa ve sezaryenin hastanın genel iyilik hali açısından daha iyi olacağı düşünülüyor ise hastanın isteğinin yerine getirilmesinin etik açıdan doğru olabileceğini bildirmektedir. Bütün bunların

yanında tüm görüşmelerde doktorun vajinal doğum tarafında olması gerektiğinin altını çizmektedir (48).



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma sezaryen doğum oranlarında kıymetli bebek etkisini değerlendirmek ve elde edilen veriler ile sezaryen endikasyonu literatürüne katkı sağlamak amacıyla tanımlayıcı ve prospektif olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi'nde Kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan, sezaryen ile doğum yapan kadınlar ile görüşülerek yapılmıştır.

Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon Numune Hastanesi olarak 1947 yılında 250 yatak ile hizmet vermeye başlamıştır. Hastane 2005 yılı Kasım ayından itibaren Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet veren hastane 500 yatak 60 yoğun bakım yatağından oluşmaktadır. Numune kampüsünde yer alan Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi 49 yataklı bir servis olup 11 doktor, 24 ebe ve hemşire ile çalışmaktadır. Doğumhanede 19 ebe çalışmakta olup üç doğum odası, sekiz travay odası bulunmaktadır.

KTÜ Farabi Hastanesi 1980 yılında 225 yatak ile aktif olarak hizmet vermeye başlamıştır. Hastanede 800 yatak ve üçüncü derece 80 yoğun bakım yatağı mevcuttur. KTÜ Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi içerisinde doğumhane (altı yatak), bir tane muayene odası, 34 hasta yatağı bulunmakta olup beş uzman doktor, 16 asistan doktor, 20 ebe ve hemşire çalışmaktadır.

Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi 2011 yılında 218 yatak ile hizmet vermeye başlamıştır. Hastane 201 yatak ile 17 yoğun bakım yatağı bulundurmaktadır. Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi 16 yataklı bir servis olup iki doktor ve 11 ebe ile çalışmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi'nde sezaryen ile doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. Bu

hastanelerin kayıtlarına göre, 2016 yılında sezaryen ile doğum yapan kadınların sayısı Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1474, KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi'nde 602 ve Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi'nde 571 olmak üzere toplam 2647'dir.

5.4. Araştırmanın Örneklemi

Evreni bilinen örneklem büyüklüğü, Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi ve Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi'nde bir yıl önceki sezaryen ile doğum yapan kadınların sayısı ve öngörülen sapma değeri ($d=0,05$) esas alınarak $n= N t^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq$ formülüyle bulunmuştur.

$$n= N t^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq$$

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (1-p)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma.

$$2647 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 / (0,05)^2 \times 2646 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 = 335$$

$$n= 335$$

Hastanelerden alınması planlanan sezaryen ile doğum yapmış kadın sayısı tabakalama yöntemi ile belirlenmiştir. Tabakalar; Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi ve KTÜ Farabi Hastanesi olarak belirlenmiştir. Tabakanın ağırlığını belirlemek amacıyla her tabakadaki sezaryen ile doğum yapan kadın sayısı, evrendeki sezaryen ile doğum yapan kadın sayısına bölünmüştür ($N_i / N = a_i$). Her tabakadan kaç sezaryen ile doğum yapan kadın alınacağı hesaplanmak için ise tabaka ağırlıkları örneklem alınacak sezaryen ile doğum yapan kadın sayısı ile çarpılarak tespit edilmiştir ($a_i \times n = n_i$). Böylelikle hastanelere göre örneklem alınacak sezaryen ile doğum yapan kadın sayısı belirlenmiştir (Tablo 1). Sonuç olarak, hastanelerin her birinde örneklem alınacak

sezaryen ile doğum yapmış kadın sayısı belirlenmiş ve sonrasında gebeler basit rastgele yöntemi ile seçilmiştir.

Tablo 1. Hastanelere göre örnekleme alınacak sezaryen ile doğum yapmış kadın sayısı

Tabaka no	Tabaka adı	Sezaryen ile doğum yapan kadın sayısı	Tabaka ağırlığı	Örnekleme giren sezaryen ile doğum yapmış kadın sayısı
1	Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1474	$1474/2647=0,5568$	$0,5568 \times 335=187$
2	Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi	571	$571/2647=0,2157$	$0,2157 \times 335=72$
3	KTÜ Farabi Hastanesi	602	$602/2647=0,2274$	$0,2274 \times 335=76$
Toplam	3	2647		335

Çalışmaya uygun bulunan katılımcıların evreni temsil edebilmesi için en az 335 kişi gerektiği hesaplanmış olup araştırma 850 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 19-45 yaş arası kadın olmak,
- Sezaryen doğum yapmış olmak,
- İletişim kurmakta problemi olmamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 19 yaş altı ve 45 yaş üstü kadın olmak,
- Vajinal doğum yapmış olmak,
- İletişim kurmakta problemi olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

5.5. Araştırmanın Hipotezi

$H_0 \rightarrow$ Sezaryen doğum oranlarında “Kıymetli bebek” etkisi yoktur.

$H_1 \rightarrow$ Sezaryen doğum oranlarında “Kıymetli bebek” etkisi vardır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler literatür taranarak oluşturulan 26 soru içeren veri toplama formu ile hastanelerin kadın hastalıkları ve doğum servislerinden toplanmıştır (1, 22, 43, 44, 57, 120). Gebelere ait sosyodemografik özelliklerden; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, yaşanan yer (köy/ilçe/il merkezi) gibi bilgiler sorgulanmıştır. Gebelik ve doğum ile ilgili olarak ise, kaçınıcı gebeliği olduğu, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, geçirilmiş sezaryen sayısı, şimdiki gebelik durumu (tekli, çoğul) ve gebeliğin oluş şekli sorgulanmıştır. Bunların yanında annenin genel sağlık durumunu öğrenmek amacıyla gebelik öncesi dönemde saptanmış herhangi bir sağlık problemi olup olmadığı ve kronik hastalık durumlarını belirten sorular yer almaktadır.

Sezaryenle doğum ile ilgili; sezaryen ile doğumun gerçekleştiği gebelik haftası, doğumun gerçekleştiği gün ve saat, anestezi şekli ve sezaryen endikasyonları gibi bilgiler alınmıştır. Sezaryen endikasyonları; anneye bağlı sezaryen endikasyonları, fetüs eklerine bağlı sezaryen endikasyonları, bebeğe bağlı sezaryen endikasyonları, sezaryen sosyal endikasyonları ve bu gruplardan herhangi birine girmeyen endikasyonlar diğer başlığı altında altı gruptan oluşmaktadır.

5.7. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından 12 Ocak – 01 Ekim 2018 tarihleri arasında belirtilen hastanelerde, sezaryenle doğum sonrası kadın hastalıkları ve doğum servislerinde yatan kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildi ve veri toplama formu araştırmacı tarafından dolduruldu. Haftanın üç günü Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve KTÜ Farabi Hastanesine, bir günü ise Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesine gidilerek örneklem sayısına ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanılarak yapılmıştır ve formun doldurulması için katılımcıların ortalama 15 dakika zaman ayırması gerekmiştir.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde kategorik değişkenlere ilişkin frekans ve yüzdelik hesaplamalarının yanı sıra oransal karşılaştırmalarda RxC boyutlu ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlarda %95 güven aralığı ve anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma etik ilkelere ve “İnsan” ögesini temel alan Helsinki Deklarasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumlardan (11.10.2017 tarih ve E.362 sayılı ile 10.11.2017 tarih ve 14636556-799 sayılı) resmi izin (EK- 1) ve Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan (12.01.2018 tarih ve 23618724 sayılı) etik kurul izni (EK- 11) alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş; araştırmaya katılımın gönüllü olduğu, hasta bilgilerinin sadece araştırma için kullanılacağı, isimlerinin açıklanmayacağı belirtilmiştir. Kendilerinden yazılı ve/veya sözlü izin alınmış ve bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.



Şekil 4. Araştırmanın planı

6. BULGULAR

Sezaryen doğum oranlarında “Kıymetli Bebek” etkisini değerlendirmek ve sezaryen endikasyonu literatürüne katkı sağlamak amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 2. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=850)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
19-29 yaş	399	46.9
30-34 yaş	242	28.5
35-45 yaş	209	24.6
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	20	2.4
Okuryazar	10	1.2
İlkokul	90	10.6
Ortaokul	118	13.8
Lise	311	36.6
Yüksekokul/Üniversite	301	35.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	387	45.5
Çalışmıyor	463	54.5
Sosyal Güvence		
Ücretli	43	5.0
Emekli Sandığı	244	28.7
Bağkur	78	9.2
Ssk	480	56.5
Özel Sigorta	5	0.6
Yaşanılan Yer		
Köy	41	4.8
Kent Merkezi	475	55.9
İlçe	334	39.3

Tablo 2’de kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kadınların %46.9’unun 19-29 yaş aralığında, %36.6’sının lise mezunu, %45.5’inin bir işte çalıştığı ve %55.9’unun kent merkezinde yaşadığı görülmektedir. Ayrıca kadınların tamamının bir sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların gebelik ve doğum özelliklerinin dağılımı (n=850)

Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikler	N	%
Kaçıncı Gebelik		
1	327	38.5
2	283	33.3
3 ve üzeri	240	28.2
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Yok	396	46.6
1	285	33.5
2	130	15.3
3 ve üzeri	39	4.6
Düşük Sayısı		
Yok	723	85.1
1	85	10.0
2	32	3.8
3 ve üzeri	10	1.2
Kürtaj Sayısı		
Yok	827	97.3
1	22	2.6
2	1	0.1
Ölü Doğum Sayısı		
Yok	832	97.9
1	16	1.9
2	2	0.2
Sezaryen Sayısı		
Yok	584	68.7
1	207	24.4
2	57	6.7
3 ve üzeri	2	0.2
Şu anki Gebelik		
Tekli	822	96.7
Çoğul Gebelik	28	3.3
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	419	49.3
Erkek	421	49.5
İkiz(K-E)	10	1.2

Tablo 3’te kadınların gebelik ve doğum özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kadınların %38.5’inin ilk gebeliği olduğu, %46.6’sının yaşayan çocuğunun olmadığı, %85.1’inin daha önce hiç düşük yapmadığı, %97.3’ünün hiç kürtaj yaptırmadığı, %97.9’unun ölü doğumu olmadığı, %68.7’sinin daha önce sezaryen ile

doğum yapmadığı, %96.7'sinin gebeliklerinin tekil gebelik olduğu ve %49.5'inin bebeklerinin cinsiyetinin erkek olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların gebelik öncesi sağlık sorunlarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=850)

Gebelik Öncesi Sağlık Sorunlarına İlişkin Özellikler*	N	%
Yok	692	81.4
Jinekolojik Hastalıklar**	85	10.0
Endokrin Sistem Hastalıkları***	23	2.7
GİS Hastalıkları****	21	2.5
Dolaşım Sistemi Hastalıkları*****	9	1.1
Hematolojik Sistem Hastalıkları*****	8	0.9
Romatoloji ve Fizik Tedavi Hastalıkları *****	6	0.7
Fetal Malformasyon *****	3	0.4
Beyin ve Sinir Sistemi Hastalıkları *****	2	0.2
Solunum Sistemi Hastalıkları *****	1	0.1
Kadınların Kronik Hastalığı		
Var	208	24.5
Yok	642	75.5
Kronik Hastalık Var İse		
Anemi	93	44.7
Diabet	29	13.9
Hipertansiyon	25	12.0
Böbrek Hastalığı	18	8.7
Koagülasyon Bozukluğu	17	8.2
Kalp Rahatsızlığı	8	3.8
Astım	8	3.8
Epilepsi	6	2.9
Sistemik Lupus Eritematozus	2	1.0
Kronik Kolit	1	0.5
Torakal Disk Herni	1	0.5

* Primer nedenler dikkate alınmıştır.

**Over kisti, myom, servikal yetmezlik

*** Hipotiroidi, hipertiroidi, hashimoto sendromu, diabet

**** Gastrit, kolesistit, kolelitiazis, hemoroid

***** Venöz yetmezlik, aritmi, hiperlipidemi

***** Trombositopeni

***** Ankilozan spondilit

***** Uterus didelfis

***** Lumbal disk herni, myopati

***** KOAH, alerjik astım

Tablo 4’te kadınların gebelik öncesi sağlık sorunlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kadınların %81.4’ünün gebelik öncesi herhangi bir sağlık probleminin olmadığını, %24.5’inin ise kronik bir hastalığı olduğu görülmektedir. Bu kadınların %44.7’sinde anemi, %13.9’unda diabet ve %12’sinde hipertansiyon mevcuttur (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların gebeliklerinin oluş şekli ve son doğumuna ilişkin özelliklerin dağılımı (n=850)

Gebeliğin Oluş Şekli ve Son Doğumuna İlişkin Özellikler	n	%
Gebeliğin Oluş Şekli		
Kendiliğinden	754	88.7
Kıymetli bebek sahibi olma	96	11.3
Sezaryen Doğum Haftası		
32-37. Haftalarda	63	7.4
38-42. Haftalarda	787	92.6
Doğumun Gerçekleştiği Gün		
Hafta İçi	709	83.4
Hafta Sonu	141	16.6
Doğumun Gerçekleştiği Saat		
08-16	638	75.0
16-24	202	23.8
24-08	10	1.2
Anestezi Şekli		
Genel Anestezi	164	19.3
Spinal	571	67.2
Epidural	115	13.5

Tablo 5’te kadınların gebeliklerinin oluş şekli ve son doğumuna ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kadınların %88.7’sinin gebeliklerinin kendiliğinden, %11.3’ünün ise kıymetli bebek sahibi olduğu, sezaryen ile doğumların %92.6’sının 38-42. gebelik haftası arasında, %83.4’ünün hafta içi, %75’inin 08-16 saatleri arasında gerçekleştiği ve %67.2’sinin spinal anestezi ile yapıldığı görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=96)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
19-29 yaş	21	21.9
30-34 yaş	32	33.3
35-45 yaş	43	44.8
Eğitim Durumu		
Okuryazar	1	1.0
İlkokul	10	10.4
Ortaokul	12	12.6
Lise	34	35.4
Yüksekokul/Üniversite	39	40.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	52	54.2
Çalışmıyor	44	45.8
Sosyal Güvence		
Yok	3	3.1
Var	93	96.9
Yaşanılan Yer		
Köy	2	2.1
Kent Merkezi	59	61.5
İlçe	35	36.4

Tablo 6’da kıymetli bebek sahibi olan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kıymetli bebek sahibi olan kadınların %44.8’inin 35-45 yaş aralığında, %40.6’sının yüksekokul/üniversite mezunu, %54.2’sinin bir işte çalıştığı, %96.9’unun sosyal güvencesi olduğu ve %61.5’inin kent merkezinde yaşadığı görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik ve doğum özelliklerinin dağılımı (n=96)

Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikler	n	%
Kaçıncı Gebelik		
1	48	50.0
2 ve üzeri	48	50.0
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Yok	83	86.5
1	11	11.4
2 ve üzeri	2	2.1
Düşük Sayısı		
Yok	58	60.4
1	17	17.7
2 ve üzeri	21	21.9
Kürtaj Sayısı		
Yok	93	96.9
1 ve üzeri	3	3.1
Ölü Doğum Sayısı		
Yok	88	91.7
1 ve üzeri	8	8.3
Sezaryen Sayısı		
Yok	95	99.0
1 ve üzeri	1	1.0
Şu anki Gebelik		
Tekli	84	87.5
Çoğul Gebelik	12	12.5
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	45	46.9
Erkek	48	50.0
İkiz(K-E)	3	3.1

Tablo 7’de kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik ve doğum özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kıymetli bebek sahibi olan kadınların yarısının ilk gebeliği olduğu, %86.5’inin yaşayan çocuğunun olmadığı, %60.4’ünün daha önce hiç düşük yapmadığı, %96.9’unun hiç kürtaj olmadığı, %91.7’sinin ölü doğum yapmadığı, %99’unun daha önce sezaryen ile doğum yapmadığı, %87.5’inin gebeliklerinin tekil

gebelik olduğu ve %50'sinin bebeklerinin cinsiyetinin erkek olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik öncesi sağlık sorunlarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=96)

Gebelik Öncesi Sağlık Sorunlarına İlişkin Özellikler*	n	%
Yok	45	46.9
Jinekolojik Hastalıklar**	36	37.5
Endokrin Sistem Hastalıkları***	4	4.2
Dolaşım Sistemi Hastalıkları****	3	3.1
Romatoloji ve Fizik Tedavi Hastalıkları *****	3	3.1
Fetal Malformasyon*****	3	3.1
GİS Hastalıkları *****	1	1.0
Beyin ve Sinir Sistemi Hastalıkları*****	1	1.0
Hematolojik Sistem Hastalıkları	0	.0
Solunum Sistemi Hastalıkları	0	.0
Kadınların Kronik Hastalığı		
Var	41	42.7
Yok	55	57.3

* Primer nedenler dikkate alınmıştır.

** Over kisti, myom, servikal yetmezlik

*** Hipotiroidi, diabet

**** Venöz yetmezlik, aritmi

***** Ankilozan spondilit

***** Uterus didelfis

***** Kolelitiazis

***** Lumbal disk herni

Tablo 8’de kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik öncesi sağlık sorunlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kıymetli bebek sahibi olan kadınların %46.9’unun gebelik öncesi herhangi bir sağlık probleminin olmadığı ve %57.3’ünün de herhangi bir kronik hastalığı olmadığı görülmektedir. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik öncesinde %37.5’inin jinekolojik hastalıkları ve %4.2’sinin endokrin sistem hastalıkları bulunmaktadır (Tablo 8).

Tablo 9. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların son doğumuna ilişkin özelliklerin dağılımı (n=96)

Doğuma İlişkin Özellikler	n	%
Sezaryen Doğum Haftası		
32-37. Haftalarda	11	11.5
38-42. Haftalarda	85	88.5
Doğumun Gerçekleştiği Gün		
Hafta İçi	78	81.2
Hafta Sonu	18	18.8
Doğumun Gerçekleştiği Saat		
08-16	69	71.9
16-24	26	27.1
24-08	1	1.0

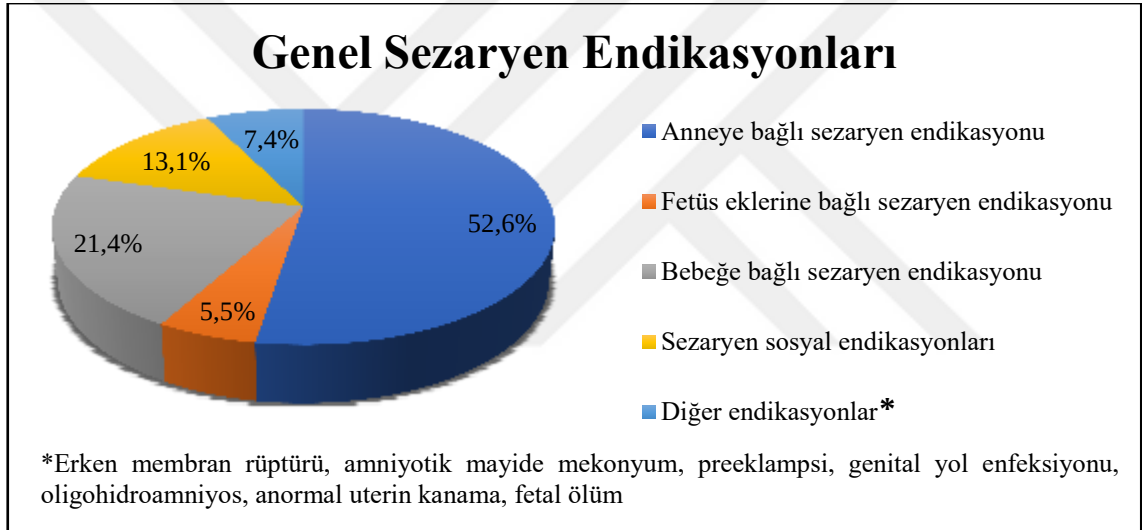
Tablo 9’da kıymetli bebek sahibi olan kadınların son doğumuna ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kıymetli bebek sahibi olan kadınların sezaryen ile doğumlarının %88.5’inin 38-42. gebelik haftası arasında, %81.2’sinin hafta içi ve %71.9’unun 08-16 saatleri arasında gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların yaş gruplarına göre kıymetli bebek sahibi olma durumlarının dağılımı (n=850)

Yaş	Kıymetli bebek sahibi olma			Toplam	Ki-kare	p
		Yok	Var			
19-29 yaş		378	21	399	33.35	0.001*
	Yaş grubu içerisinde	94.7%	5.3%	100.0%		
	Kıymetli bebek sahibi olanlar içerisinde	50.1%	21.9%	46.9%		
30-34 yaş		210	32	242		
	Yaş grubu içerisinde	86.8%	13.2%	100.0%		
	Kıymetli bebek sahibi olanlar içerisinde	27.9%	33.3%	28.5%		
35-45 yaş		166	43	209		
	Yaş grubu içerisinde	79.4%	20.6%	100.0%		
	Kıymetli bebek sahibi olanlar içerisinde	22.0%	44.8%	24.6%		

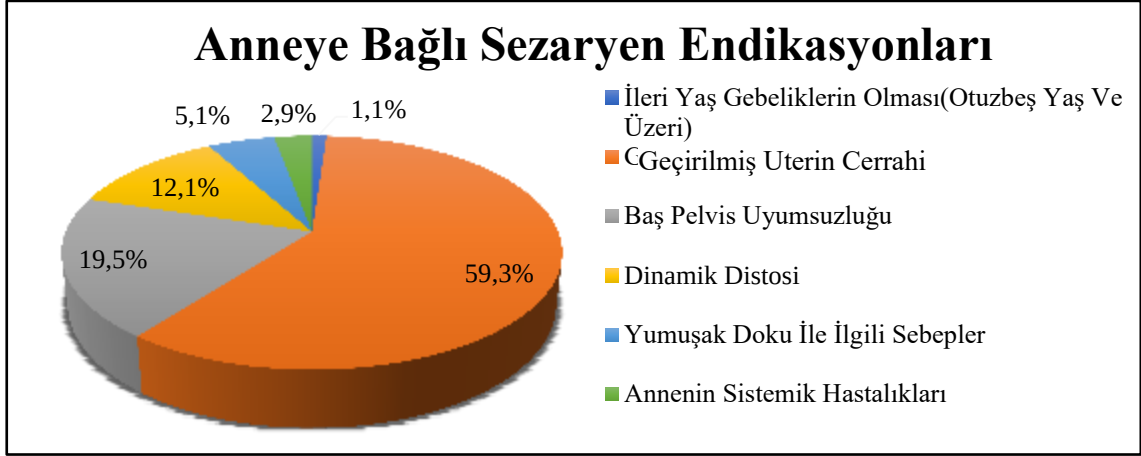
Tablo 10’da kadınların yaş gruplarına göre kıymetli bebek sahibi olma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, yaş grupları ile kıymetli bebek sahibi olma durumunun arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kıymetli bebek sahibi olma oranları incelendiğinde 19-29 yaş aralığında %21.9, 30-34 yaş aralığında %33.3 ve 35-45 yaş aralığında %44.8 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla 35-45 yaş aralığında olan kadınlar arasında kıymetli bebek sahibi olma oranı diğer yaş gruplarından anlamlı derecede yüksektir (Tablo 10).

Sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen endikasyonları aşağıdaki grafiklerde verilmektedir.



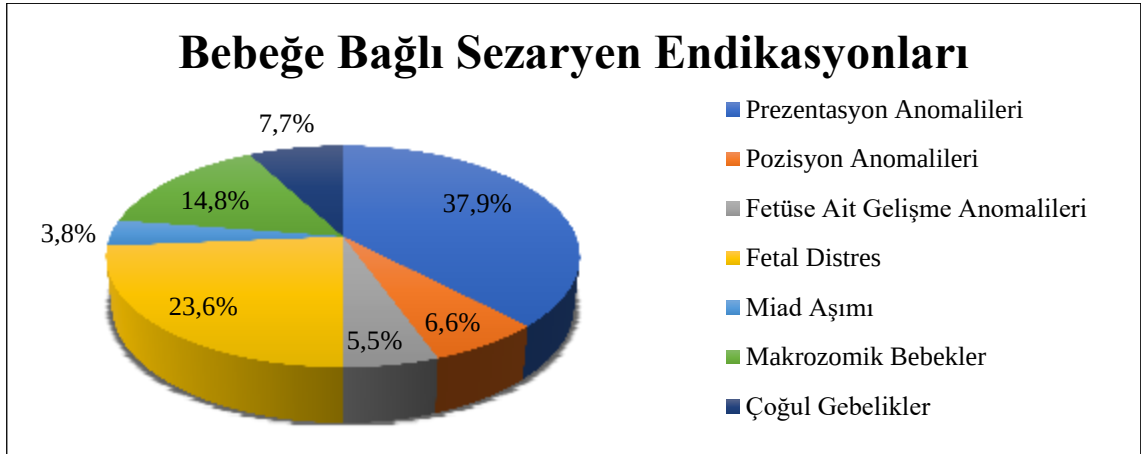
Şekil 5. Sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen endikasyonlarına göre dağılımı

Şekil 5’te sezaryen ile doğum yapan kadınların genel sezaryen endikasyonları yer almaktadır. Buna göre, sezaryen ile doğum yapan kadınların %52.6’sının anneye bağlı sezaryen endikasyonu, %21.4’ünün bebeğe bağlı sezaryen endikasyonu ve %13.1’inin sezaryen sosyal endikasyonu olduğu görülmektedir (Şekil 5).



Şekil 6. Sezaryen ile doğum yapan kadınların anneye bağlı sezaryen endikasyonlarının dağılımı

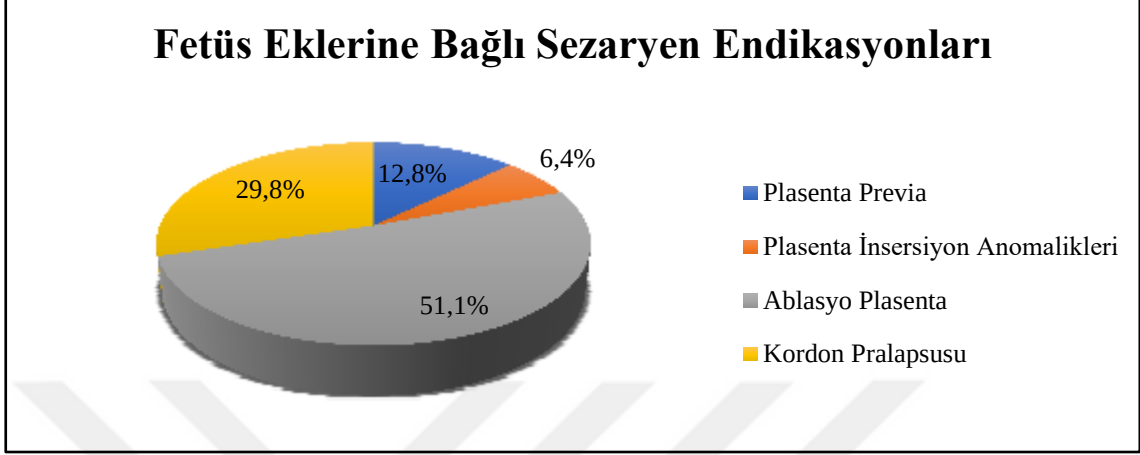
Şekil 6’da sezaryen ile doğum yapan kadınların anneye bağlı sezaryen endikasyonları yer almaktadır. Buna göre, anneye bağlı sezaryen endikasyonları nedeniyle sezaryen ile doğum yapan kadınların %59.3’ünün geçirilmiş uterin cerrahi %19.5’inin baş pelvis uyumsuzluğu ve %12.1’inin dinamik distosisi olduğu görülmektedir (Şekil 6).



Şekil 7. Sezaryen ile doğum yapan kadınların bebeğe bağlı sezaryen endikasyonlarının dağılımı

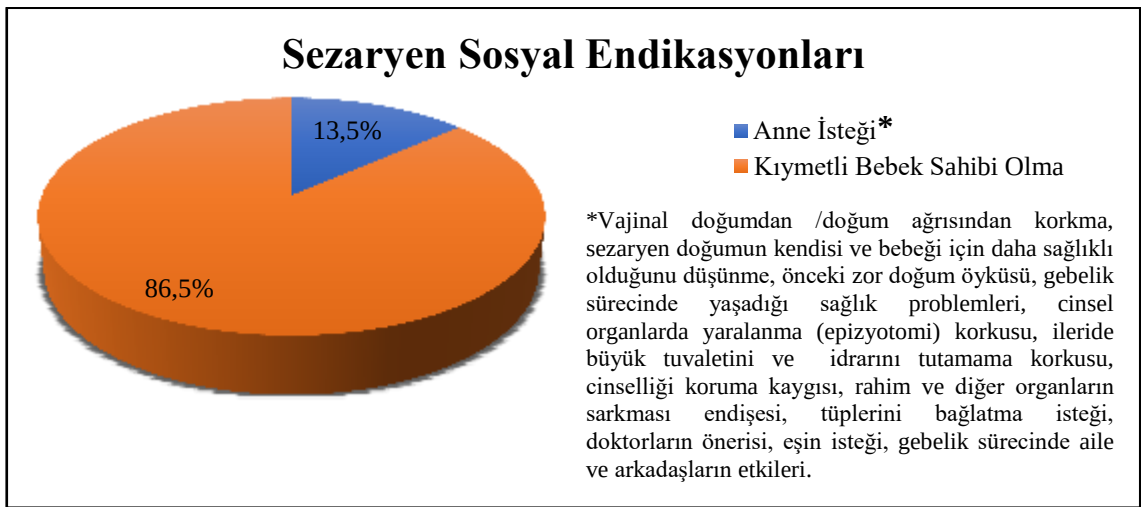
Şekil 7’de sezaryen ile doğum yapan kadınların bebeğe bağlı sezaryen endikasyonları yer almaktadır. Buna göre, bebeğe bağlı sezaryen endikasyonları nedeniyle sezaryen ile doğum yapan kadınların %37.9’unun prezentasyon anomalileri,

%23.6'sının fetal distres ve %14.8'inin makrozomik bebeği olduğu görülmektedir (Şekil 7).



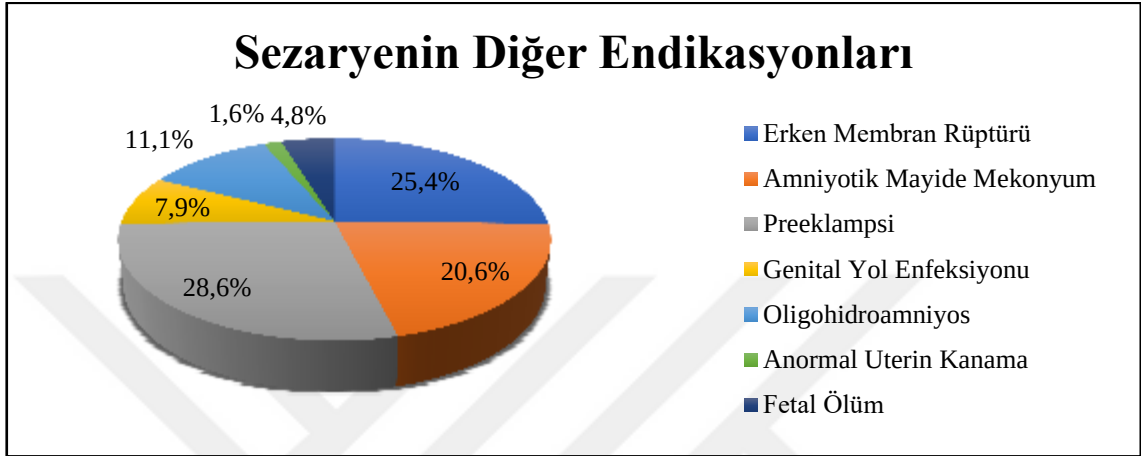
Şekil 8. Sezaryen ile doğum yapan kadınların fetüs eklerine bağlı sezaryen endikasyonlarının dağılımı

Şekil 8'de sezaryen ile doğum yapan kadınların fetüs eklerine bağlı sezaryen endikasyonları yer almaktadır. Buna göre, fetüs eklerine bağlı sezaryen endikasyonları nedeniyle sezaryen ile doğum yapan kadınların %51.1'inin ablasyo plasentası, %29.8'inin kordon prolapsusu ve %12.8'inin plasenta previa olduğu görülmektedir (Şekil 8).



Şekil 9. Sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen sosyal endikasyonlarının dağılımı

Şekil 9’da sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen sosyal endikasyonları yer almaktadır. Buna göre sezaryen sosyal endikasyonları nedeniyle sezaryen ile doğum yapan kadınların %86.5’inin kıymetli bebek sahibi olma ve %13.5’inin anne isteği olduğu görülmektedir (Şekil 9).



Şekil 10. Sezaryen ile doğum yapan kadınların diğer endikasyonlarının dağılımı

Şekil 10’da sezaryen ile doğum yapan kadınların diğer endikasyonları yer almaktadır. Buna göre, sezaryenin diğer endikasyonları nedeniyle sezaryen ile doğum yapan kadınların %28.6’sının preeklampsi, %25.4’ünün erken membran rüptürü ve %20.6’sının amniyotik mayide mekonyumu olduğu görülmektedir (Şekil 10).

7. TARTIŞMA

Bu bölüm, sezaryen sosyal endikasyonlardan biri olan “Kıymetli bebek”in sezaryen doğum oranlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçları tartışmak üzere yazılmıştır.

Bu çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların çoğunluğunun 19-29 yaş aralığında, lise mezunu, sağlık sigostasının olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı ve kent merkezinde yaşadıkları görülmektedir (Tablo 2). TNSA 2013 verilerine göre ise sezaryen ile doğum yapan kadınların çoğunluğunun 35-49 yaş aralığında, lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu, refah düzeyinin en yüksek grupta gerçekleştiği ve kent merkezinde yaşadıkları belirtilmektedir (8). Rafiei ve diğerlerinin sezaryen sıklığının, endikasyonlarının ve komplikasyonlarını araştırdığı toplam 197514 kadını içeren 41 çalışmanın sistematik incelemesinde sezaryen ile doğum yapan kadınların çoğunluğunun bir işe sahip olduğu, yaş ortalamasının ve eğitim düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir (121). Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda da sezaryen ile doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerinin benzer şekilde olduğu görülmektedir (28, 53, 56, 121-124).

Bu çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların çoğunluğunun ilk gebeliği olduğu, daha önce hiç sezaryen ile doğum yapmadığı, şu an ki gebelik durumlarının tekli gebelik olduğu ve bebeklerin çoğunun cinsiyetinin erkek olduğu belirtilmektedir (Tablo 3). Begum ve diğerlerinin yaptığı geniş çaplı çalışma sezaryen ile doğum yapan kadınların çoğunun ilk gebeliği olduğu, gebeliklerin çoğunun tekli ve erkek bebek olduğunu göstermektedir (125). Benzer şekilde Gül’ün yaptığı çalışmada da sezaryen ile doğum yapan kadınların bir kısmının ilk gebeliği olduğunu, daha önce sezaryen ile doğum yapmadığını, gebeliklerin çoğunun tekli ve erkek bebek olduğunu belirtmektedir (126). Yine ulusal ve uluslararası alanda yapılan çalışmalar sezaryen ile doğum yapan kadınların obstetrik özellikleri benzerlikler göstermiş ve bu çalışmayı destekler niteliktedir (39, 110-112, 127).

Bu çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların neredeyse yarısının en az bir çocuk sahibi olduğu, düşük, kürtaj ve ölü doğum yapan kadınların sayılarının az olduğu görülmektedir (Tablo 3). Gözükkara ve Eroğlu’nun ilk doğumunu yapan kadınların doğum şekli tercihlerini araştırdığı çalışmada bir çocuğa sahip olan kadınların

%38.6'sının sezaryen ile doğum yaptığı belirtilmektedir (1). Liang ve diğerlerinin çalışmasında ise sezaryen ile doğum yapan kadınların üçte birinin bir çocuğa sahip olduğu, düşük ve ölü doğum oranının düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (128).

Kadınlarda gebelik öncesi veya sürecinde var olan sağlık sorunları ve kronik hastalıklar maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi etkileyebileceği için sezaryen ile doğum oranlarını artırmaktadır (129). Bu çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların çoğunluğunda gebelik öncesi dönemde herhangi bir sağlık sorunu yoktur. Kadınların sadece %24.5'inin kronik bir hastalığının olduğu ve ilk üç sırayı anemi, diyabet ve hipertansiyonun oluşturduğu görülmektedir (Tablo 4). Ayrıca annenin sistemik hastalıkları anneye bağlı sezaryen endikasyonlarının %2.9'unu oluşturmaktadır (Şekil 5). Gündüz ve diğerlerinin çalışmasında da gebe kadınlarda en sık görülen kronik hastalıkların hipertansiyon (%9.7), anemi (%2.5) ve diyabet (%2.3) olduğu belirtilmektedir (129). Kersten ve diğerlerinin gebelikte kronik hastalıkları araştırdığı 5320 doğum yapmış kadını kapsayan randomize çalışmanın sistematik incelemesinde en sık görülen kronik hastalıklardan bazılarının hipertansiyon, diyabet, anemi, migren ve astım olduğu görülmektedir (130). Ulusal ve uluslararası çalışmalarda da kadınların gebelik öncesi dönemde var olan hastalıklarının yanı sıra kronik hastalıklarının sezaryen ile doğuma neden olduğu bildirilmekte ve bu çalışma ile benzer özellik göstermektedirler (131-133).

Sezaryen ile doğumların genellikle planlı olması nedeniyle çoğunlukla hafta içi ve mesai saatleri içerisinde yapıldığı belirtilmektedir. Bununla birlikte sezaryen ile doğum sırasında uygulanan anestezi tipinin seçilmesinde genel anestezinin olumsuz yönleri göz önüne alınırken günümüzde çoğunlukla spinal ve epidural anestezi tercih edilmektedir (50). Bu çalışmada kadınların gebeliklerinin %88.7'si kendiliğinden oluşurken, %11.3'ü tedavi ile oluştuğu, sezaryen ile doğumların çoğunluğu 38-42. gebelik haftalarında, hafta içi, mesai saatleri içerisinde ve spinal anestezi ile gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 5). Yılmaz ve diğerlerinin sezaryen ile doğum yapan kadınları incelediği çalışmasında da sezaryen ile doğumların genellikle 38. gebelik haftasında, hafta içi ve mesai saatlerinde olduğu ve spinal anestezi ile gerçekleştiği bildirilmektedir (50). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçların elde edildiği sonucuna ulaşılmaktadır (39, 53, 121).

Günümüzde kadınların bir işte çalıştığı ve sosyoekonomik özgürlüğünün olması, daha geç yaşta evlenmeleri ile birlikte ileri yaşta gebe kalmaları, az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri ve infertile olması gibi durumlar kıymetli bebek sahibi olan kadınların sayısını artırmaktadır (67, 68). Yapılan birçok çalışmada sezaryen endikasyonları arasında ileri yaş gebeliklerin yer aldığı görülmektedir (56, 125, 134). Bu çalışmada kıymetli bebek sahibi olan kadınların çoğunluğunun 35-45 yaş aralığında, yüksekokul/üniversite mezunu olduğu, kent merkezinde yaşadığı, bir işte çalıştığı ve sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur (Tablo 6 ve 10). Yapılan birçok çalışmada bu çalışmaya benzer olarak kıymetli bebek sahibi olan kadınların çoğunluğunun yaş ortalamasının 36 olduğu, yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu, kent merkezinde yaşadığı ve bir işte çalıştığı bildirilmiştir. Gillet ve diğerlerinin ileri yaş nullipar gebeler ile yaptığı çalışmada kıymetli bebek sahibi olan kadınların yaş ortalamasının 37.8 ± 2.4 olduğu görülmektedir (116). Luke ve diğerlerinin bebek sahibi olmak için tedavi gören ve görmeyen 459,623 kadın ile yaptığı çalışmasında kıymetli bebek sahibi olan kadınların diğerlerine göre 5-6 yaş daha fazla ve 40 yaş üzeri olduğu, bir işte çalıştıkları ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (135). Ulusal ve uluslararası çalışmalarda da benzer veriler olduğu gözlemlenmektedir (75, 136). Bu nedenle riskli gebelik olarak nitelendirilen 35 yaş üstü gebelere dikkatli izlenmeli, düzenli prenatal takiplerin önemi anlatılmalı, oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmeli ve gebelik süresince eğitim programları düzenlenerek bilgi düzeyleri artırılması gerekmektedir. Çünkü ileri yaş gebeliklerin fertilite, maternal ve perinatal mortalite ve morbidite üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (58, 112, 113, 137, 138).

Bebek sahibi olmak için tedavi gören kadınların obstetrik öykülerine bakıldığında daha önce hiç gebe kalmadığı, düşük ve ölü doğum öyküsü nedeniyle gebeliklerinin tamamlanamadığı görülebilmektedir. Bu çalışmada kıymetli bebek sahibi olan kadınların yarısının ilk gebeliği olduğu, yaşayan çocuğu olmadığı, düşük, kürtaj ve ölü doğum yapmadığı, daha önce sezaryen ile doğum geçirmediği, şu an ki gebeliğin tekli ve erkek bebek olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Yang ve diğerlerinin çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmış ve kıymetli bebek sahibi olan kadınların çoğunluğunun ilk gebeliği olmasının yanı sıra gebeliklerin çoğu tekli gebeliklerdir (75). Egbe ve diğerlerinin yaptığı çalışmada ise kıymetli bebek sahibi olan kadınların çoğunun ikinci gebeliği olduğu ancak ilk gebeliklerinin de tedavi

ile olduğu ve düşük ile sonuçlandığı, ayrıca kadınların üçte ikisinin tekli gebeliğe sahip olduğu belirtilmektedir (109).

Kadına ait infertilitede ovulatuvar, tuba-peritonal, uterin, servikal faktörler önemli rol oynamaktadır. Bu faktörlerin varlığı kadını YÜT ile bebek sahibi olmaya yönlendirmektedir. Ayrıca kadınların yaşadığı sistem hastalıkları da fertilitayı etkileyebilmektedir (139). Bu çalışmada kıymetli bebek sahibi olan kadınların büyük bir kısmında gebelik öncesi dönemde bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Bunların önemli çoğunluğunu jinekolojik hastalıklar ve endokrin sistem hastalıklar oluşturmaktadır. Ayrıca kadınların çoğunun kronik bir hastalığı yoktur (Tablo 8). Zhang ve diğelerinin çalışmasında kıymetli bebek sahibi olan kadınların çoğunluğunda gebelik öncesinde pelvik ve jinekolojik hastalıkların var olduğu ve bu nedenle yardımcı üreme teknikleri kullanıldığı bildirilmektedir (139). Buna benzer şekilde Szymusik ve diğelerinin kadınlarda infertilite ile ilgili yaptıkları çalışmada da kıymetli bebek sahibi olan kadınların infertilite nedenlerinin çoğunluğunu jinekolojik faktörlerin oluşturduğu ve bunların büyük bir kısmını endometriozis, overyal ve tubal faktörlerin içerdiği görülmektedir (140).

Kıymetli bebek sahibi olan kadınlar, kendiliğinden gebe kalan kadınlara göre daha erken doğum riskine sahiptir. Bu durumda acil sezaryen ile doğum gerçekleştirilebilmektedir. Ancak bunun dışında kıymetli bebek sahibi olan kadınlar genellikle planlı bir şekilde sezaryen ile doğum yapmak istemektedir (108, 141). Bu çalışmada kıymetli bebek sahibi olan kadınların sezaryen ile doğumlarının çoğunluğu 38-42. gebelik haftalarında, hafta içi ve mesai saatleri içerisinde gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 9). Jeon ve diğelerinin yaptığı çalışmada kıymetli bebek sahibi olan kadınlarda preterm eylem riskinin yüksek olmasına rağmen sezaryen ile doğumların çoğunluğu 38. gebelik haftasından sonra gerçekleştiği belirtilmektedir (141). Ancak Sümer ve diğelerinin çalışmasında tedavi ile olan ikiz gebeliklerde preterm eylem nedeniyle sezaryen ile doğum daha sıklıkla yapılmaktadır. Ayrıca kıymetli bebek olarak görülen bu gebeliklerin doğumu genellikle planlı olduğundan dolayı hafta içi ve mesai saatlerinde gerçekleştirilmektedir (108).

Dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biri sezaryendir. Bu nedenle DSÖ mevcut sınıflandırmaların sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi

için genel olarak kadın temelli Robson sınıflamasını oluşturmuştur. Robson, kadınları obstetrik özelliklerini (parite, doğum eyleminin başlaması, gebelik süresi, fetal prezentasyon ve fetüs sayısı) temel alarak sezaryen ihtiyacının olup olmadığını belirlemektedir (142). FIGO ise sezaryen ile doğumun isteğe bağlı değil, sadece tıbbi endikasyonlar nedeniyle yapılmasını savunmaktadır. ACOG da sezaryen endikasyonlarını ilerlemeyen doğum eylemi, fetal distres, umbilikal kord prolapsusu, çoğul gebelik, plasentaya ait sorunlar, makrozomik bebek, prezentasyon anomalisi, maternal enfeksiyonlar ve annenin sistemik hastalıkları olarak belirtmektedir (42, 43).

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi temel alınarak sezaryen endikasyonları sınıflandırılmış ve tartışma bu başlıklara göre düzenlenmiştir. Bu sınıflandırmaya göre bu çalışmada anneye bağlı endikasyonlar ilk sırada yer alırken (%52.6), bunu sırasıyla bebeğe bağlı endikasyonlar (%21.4), sosyal endikasyonlar (%13.1), diğer endikasyonlar (%7.4) ve fetüs eklerine bağlı endikasyonlar (%5.5) takip etmektedir (Şekil 5). Azami-Aghdash ve diğerlerinin sezaryen sıklığı ve nedenlerini araştırdığı 34 randomize çalışmanın sistematik derlemesinde sezaryen endikasyonlarının çoğunun anneye bağlı olduğu ve bunu bebeğe bağlı endikasyonlar ile diğer endikasyonların takip ettiği belirtilmektedir. En sık sezaryen endikasyonu anneye bağlı endikasyonlardan biri olan geçirilmiş uterin cerrahidir. Bunu bebeğe bağlı endikasyonlardan biri olan fetal distes izlemektedir (143). Robson ve de Costa'nın yapmış olduğu geniş kapsamlı bir çalışmada sezaryenin en sık dört endikasyonu; bir kez geçirilmiş sezaryen (%41), ilerlemeyen travay (%13.8), makat geliş (%6.9) ve fetal distres (%6.9) olarak bildirilmektedir (144). Literatüre bakıldığında da en sık sezaryen endikasyonu anneye bağlı sezaryen endikasyonlarından biri olan geçirilmiş uterin cerrahi olduğu görülmektedir. Bunu baş pelvis uyumsuzluğu, bebeğe bağlı sezaryen endikasyonlarından prezentasyon anomalileri ve fetal distres sıralamada değişiklik göstererek takip etmektedir (29, 39, 41, 112, 145, 146).

Anneye bağlı sezaryen endikasyonları genel olarak geçirilmiş uterin cerrahi, sefalopelvik uyumsuzluk (CPD), dinamik distosi, yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler, annenin sistemik hastalıkları ve ileri yaş gebeliklerdir. Bu çalışmada anneye bağlı sezaryen endikasyonlarının ilk üç sırasını geçirilmiş uterin cerrahi (%59.3), baş pelvis uyumsuzluğu (%19.5) ve dinamik distosi (%12.1) oluşturmaktadır (Şekil 6).

Yeşilçiçek Çalık ve diğerlerinin üçüncü basamak bir hastanede 4 yıllık sezaryen doğumlarının oranları ve endikasyonlarını inceledikleri çalışmada geçirilmiş uterin cerrahi (%58.2) ve baş pelvis uyumsuzluğu (%16.1) sezaryen endikasyonlarının ilk sıralarında yer almaktadır (41). Lurie ve diğerlerinin çalışmasında 16 yıl içerisindeki sezaryen endikasyonları incelendiğinde anneye bağlı sezaryen endikasyonlarından en sık geçirilmiş uterin cerrahi (%26) ve distosi (%8.8) ile karşılaşılmaktadır (55). Ulusal ve uluslararası yapılan birçok çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, endikasyonların büyük çoğunluğunu geçirilmiş uterin cerrahi, sonrasında ise baş pelvis uyumsuzluğu ve dinamik distosi oluşturmaktadır (29, 39, 51, 53, 58-61, 147-153).

Bebeğe bağlı sezaryen endikasyonları genel olarak prezantasyon ve pozisyon anormallikleri, fetüse ait gelişme anormallikleri, fetal distres, post-term gebelik, Rh uygunsuzluğu, makrozomik bebekler ve çoğul gebelikler yer almaktadır. Bu çalışmada bebeğe bağlı endikasyonların ilk üç sırasını prezantasyon anomalileri (%37.9), fetal distres (%23.6) ve makrozomik bebekler (%14.8) oluşturmaktadır (Şekil 7). Patil ve diğerlerinin sezaryen endikasyonlarını incelediği çalışmada özellikle primer sezaryen endikasyonlarının ilk sırasını prezantasyon anomalileri oluştururken (154), İşgüder ve diğerlerinin çalışmasında ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (%11.6) (153). Fetal distres ise birçok çalışmada sezaryen endikasyonlarının ikinci veya üçüncü sırasında yer almaktadır. Töz ve diğerlerinin çalışmasında sezaryen endikasyonlarının ikinci sırasında yer alan fetal distres nedeniyle kadınların %14.8'inin sezaryen olduğu görülmektedir (155). Benzer şekilde Unnikrishnan ve diğerlerinin çalışmasında da fetal distres sezaryen endikasyonlarının ikinci sırasında (28). Artan sezaryen oranlarının nedenlerinden biri olan makrozomik bebekler, sezaryen endikasyonlarının ilk sıralarında yer almaktadır. Yumru ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada 11561 doğum yapan kadının 895'inin makrozomik bebeğe sahip olduğu ve makrozomik bebeklerde sezaryen oranı %67 iken, tüm gebeler arasında %7.74 olduğu görülmektedir (156). Yapılan diğer çalışmalarda prezantasyon anomalileri %3.8-%11.4 arasında (28, 50, 53, 58, 60, 104, 112, 127, 146, 157, 158), fetal distres %11.7-%22.6 arasında (39, 41, 49, 50, 55, 73-75, 125, 155, 157) ve makrozomik bebek ile ilgili yapılan birçok çalışma sonucunda sezaryen ile doğum yapma oranlarını %49 -%78.6 arasında etkilediği görülmektedir (83, 156, 158-162).

Üçüncü trimester kanamalarının en sık nedenini plasenta previa ve ablasyo plasenta oluşturmaktadır. Aynı zamanda ablasyo plasenta intrapartum ölümlerin en sık nedenidir. Plasenta previa ve ablasyo plasenta olan gebelerde hemoraji, fetal distres en önemli sezaryen endikasyonlarıdır. Bunların yanında umbilikal kord prolapsusu da ölüme neden olabilen bir obstetrik acil olması nedeniyle sezaryen endikasyonları arasında yer almaktadır (94, 113, 163, 164). Bu çalışmada fetüs eklerine bağlı sezaryen endikasyonlarına bakıldığında ilk üç sırayı ablasyo plasenta (%51.1), kordon prolapsusu (%29.8) ve plasenta previa (%12.8) olarak bulunmuştur (Şekil 8). Karim ve diğerlerinin çalışmasında sezaryen endikasyonlarının %2.4'ünü ablasyo plasenta ve %2.6'sını plasenta previa oluştururken (107), Kalewad ve diğerlerinin çalışmasında %3.03'ünü kordon prolapsusu ve %6.06'sını plasenta previa oluşturmaktadır (113).

Morbidite ve mortalitenin yüksek olması nedeniyle, tüm bu olguların ileri merkezlerde takip edilmesi ve yönetimlerinin iyi bir şekilde yapılması gerektiği bildirilmiştir (164). Ulusal ve uluslararası yapılan birçok çalışmada ablasyo plasenta nedeniyle yapılan sezaryen endikasyonları %0.9-%5.3 arasında, kordon prolapsusu %1.4 -%3.03 arasında ve plasenta previa %0.7-%6.06 oranları arasında görülmektedir (53, 58, 94, 107, 113, 163-167) .

Preeklampsi, erken membran rüptürü (EMR) ve amniyotik mayide mekonyum sezaryenin diğer endikasyonlarıdır. Fetal ve maternal mortalite ve morbiditeyi etkileyen durumlar olması nedeniyle takip edilmesi ve gerekli durumlarda sezaryen ile doğum yaptırılması gerekmektedir (168). Bu çalışmaya göre sezaryen ile doğumun diğer endikasyonlarının ilk üç sırasını preeklampsi (%28.6), EMR (%25.4) ve amniyotik mayide mekonyum (%20.6) oluşturmaktadır (Şekil 10).

Literatüre bakıldığında preeklampsi tanısı olan gebelerde semptoma dayalı klinik yönetim uygulanırken bilinen tek tedavisi doğumdur ve genellikle sezaryen ile doğum yaptığı görülmektedir (168-172). EMR en önemli obstetrik sorunlardan biri olmasının yanında ulusal ve uluslararası yapılan çalışmaların birçoğunda sezaryen endikasyonları arasında yer almaktadır ve görülme sıklığının %4 ile %10 arasında değiştiği görülmektedir. (173-177). Amniyotik mayide mekonyum yenidoğanların %8-15'inde görülmekte ve yapılan çalışmalarda sezaryen endikasyonları arasında yer almaktadır (178-180).

Bu çalışmada sezaryen endikasyonlarının tümünün %13.1'lik bölümünü oluşturan sosyal endikasyonların, %13.5'ini anne isteği ve %86.5'ini kıymetli bebek sahibi olma endikasyonları oluşturmaktadır (Şekil 9). Bu çalışmada kadınların %11.3'ü kıymetli bebek sahibi olmuştur ve tamamı sezaryen ile doğum yapmıştır. Çalışmadan elde edilen bu veriler çalışma hipotezini destekler niteliktedir.

Anne isteği, tıbbi endikasyon olmadan veya doğum başlamadan önce yapılan sezaryen olarak tanımlanmaktadır (48). Annelerin sezaryen isteği; vajinal doğum korkusu, ağrı ve sorun yaşama korkusu, gebelik süreci ve doğumla ilgili hisleri, önceki doğum deneyimi, bebek için daha güvenli olduğu düşüncesi, istenilen zamanda yapılabilir olması, aile ve arkadaş desteği ve sağlık personelinin yönlendirmesi gibi faktörlerden etkilenmektedir (48, 124, 181). Schantz ve diğerlerinin kadınların sezaryen isteğini araştırdığı 3 774 458 kadını kapsayan randomize 390 çalışmanın sistematik incelemesinde sezaryen doğumuna yönelik anne isteğinin birçok faktörden etkilendiği, bunun en yaygın nedeninin doğum korkusu olduğu bildirilmektedir. Ayrıca in vitro fertilizasyon gibi biyoteknolojiye daha fazla maruz kalan veya gebeliği sırasında tıbbi müdahalede bulunmuş kadınların sezaryen ile doğumu tercih etme olasılığının daha yüksek olduğunu da belirtilmektedir (182).

Jenabi ve diğerlerinin gebe kadınların maternal veya fetal endikasyon olmadan sezaryen ile doğum tercih etmelerinin nedenlerini bulmak için yaptığı 28 randomize çalışmanın sistematik incelemesinde ise anne isteğinin; doğum ağrısı korkusu, fetal yaralanma / ölüm kaygısı, doğum korkusu, idrar kaçırma, pelvik taban ve vajinal travma, doktor önerisi, doğum zamanını planlayabilme, önceki kötü doğum deneyimi, infertilite tedavisi, jinekolojik muayene için endişe, kontrol kaybı endişesi, uzun sancılardan kaçınma, sağlık personelinin destek eksikliği nedeniyle endişe, defekasyon korkusu, duygusal yönler ve prenatal muayene olduğu görülmektedir (183).

Bunun yanı sıra anne isteğinde etkili olan bir diğer faktör doktorların doğum sırasındaki komplikasyonlara bağlı yasal davalar ile karşılaşmasıdır. Sun ve diğerleri de Çin'de kadın doğum uzmanları ile yaptığı çalışmada kadınların doğrudan sezaryen ile doğum seçme kararıyla hemfikir olan ve bu işlemin yararlarının, risklerinden daha fazla olduğuna inanan kadın doğum uzmanlarının, anne isteği üzerine sezaryen doğum yapma ihtimalinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (184). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar

incelediğinde anne isteğinin artan sezaryen oranlarını önemli oranda etkilediği sonucuna varılmaktadır (185- 189). Hem anne, hem de bebeğine ilişkin tıbbi ve yasal sorumlulukları olan sağlık personeli üzerindeki yasal baskının kaldırılması, kadınların her iki doğum yönteminin fayda ve riskleri açısından gerçekçi ve bilimsel bir şekilde bilgilendirilmesi sezaryen oranını düşürmeye yönelik alınabilecek bu gibi tedbirler anne isteği üzerine sezaryen doğum yapma olasılığının azalması ile ilişkilendirilebilir.

Her yıl on binlerce gebelik, YÜT ile gerçekleştirilmekte ve buna paralel olarak ileri yaş gebeliklerin sayısı da artmaktadır. Literatürde konu ile ilgili makalelerde “kıymetli bebek” ten bahsedilmektedir. “Kıymetli” terimi, çoğu zaman 40 yaş üzeri gebeliklerde veya YÜT ile elde edilen gebeliklerde kullanıldığı görülmektedir. İleri yaş gebeliklerin ve yardımcı üreme teknikleri kullanımının sayısı çarpıcı bir şekilde arttığından dolayı bu terimin kullanımı da artmaktadır. İlgili literatürde belirtildiği gibi, “kıymetli” nin iki ayrı çağrışımı vardır. Birincisi sözlük tanımı (yüksek maliyetli veya değer; değerli, çok saygın; azimli, sevgili) ve ikincisi ise artmış riske bağlı obstetrik çıkarımıdır. Bu, “kıymetli bebeğin” benzersiz bir değere sahip olduğu, yani gebe kalmakta zorlanan bir annenin gelecekte tekrar başarıya ulaşma şansının olamayacağı inancını içermektedir. Çünkü bu kavramın ortaya çıkmasında kadınların obstetrik öyküsünde ikiden fazla spontan abortus, doğumda ya da fetal ölüm öyküsü olan ve yardımcı üreme teknikleri ile oluşan gebeliklerin olmasının etkisi bulunmaktadır (190-195).

Kıymetli bebek sahibi olma sezaryenin sosyal endikasyonları başlığı altında yer almakta ve sezaryen oranlarını etkilediği görülmektedir. Kıymetli bebek sahibi olan kadınların çoğu; ileri yaşın getirdiği riskler, çoğul gebelikten kaynaklanan komplikasyonlar, anne karnında fetüs veya fetüslerin tıbbi gerekçelerle yaşamına son verilmesine karar verme gibi durumlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Bu gebelikler riskli gebelikler kapsamında ele alınmakta olup tıbbi ve hastane odaklı bir şekilde ilerlemektedir (196). Bu nedenle literatürde kıymetli bebeklerin doğum şekli için tıbbi endikasyon yokluğunda bile daha sık elektif ve acil sezaryen ile doğum gerçekleştirildiği belirtilmektedir (25).

Vilchez ve diğerleri tarafından 19.862 deney ve 17.864 kontrol grubu ile gerçekleştirilen “İnfertilite tedavisinden sonra gelişen tekil gebeliklerde optimal doğum

şeklinde kıymetli bebek etkisi” başlıklı çalışmada; bu gebeliklerde “kıymetli bebek” etkisine bağlı olarak komplikasyon korkusu ve maternal kaygı nedeniyle daha fazla komplikasyon geliştiği ve sezaryen oranlarının arttığı, yenidoğan komplikasyonlarının vajinal doğum sonrası en düşük, sezaryen doğum sonrası en yüksek olduğu ve elektif sezaryenin maternal ve neonatal komplikasyonları azaltmadığı belirtilmiştir. Yine bu çalışmada infertilite tedavisi ile oluşan gebelikler için vajinal doğumun daha iyi bir seçenek olduğu ifade edilmiştir (197).

Benli ve diğerlerinin çalışmasında sezaryen endikasyonlarına bakıldığında “kıymetli bebek” 30-34 yaş grubu kadınların %2.3’ünü, 35 yaş üzeri kadınların %1.3’ünü oluşturduğu görülmektedir (198). Ayrıca Çoban Koca’nın çalışmasında da sezaryenle doğum yapmak isteyen gebelerin %19,1’i kendi isteği olduğunu, %23,1’i ise kıymetli bebek sahibi olduğu için sezaryenle doğumu tercih ettiği belirtilmektedir (120). Wang ve diğerlerinin yaptığı çalışmada sezaryenin ilk yedi endikasyonu arasında anne isteği (%56.9), baş-pelvis uyumsuzluğu (%20.2) ve anne yaşının (%11.2) yanı sıra kıymetli bebek (%3,2) endikasyonu yer almaktadır (29). Egbe ve diğerlerinin (2016) çalışmasında da benzer şekilde spontan ve tedavi ile gebe kalan kadınlar incelenmiş ve kıymetli bebek sahibi olanlarda sezaryen ile doğum oranının 4.1 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (109).

Ayrıca YÜT ile kıymetli bebek sahibi olanlarda çoğul gebelik oranının diğerlerine göre 7.5 kat daha fazla olduğu, sezaryen ile doğumun ilk iki endikasyonunun anne yaşı (% 27.3) ve kıymetli bebek olduğu (% 18.2) da belirtilmektedir (199, 200). Yani çoğul gebelikler, kıymetli bebek sahibi olan kadınların daha az riskli olacağı düşüncesinin yanı sıra tıbbi endikasyon nedeniyle önemli sezaryen endikasyonlarından biri olarak görülmektedir. Sullivan ve diğerlerinin yaklaşık 17.000 spontan ve IVF (İn vitro fertilizasyon) gebelik sonrasında sezaryen oranlarını karşılaştırdığı bir çalışmada, spontan gebeliklerde sezaryen doğum oranının %29, IVF gebeliklerinde ise %50 olduğu belirtilmiştir (204). Yapılan diğer çalışmalarda oosit bağış gebeliklerinde de spontan gebeliklere kıyasla altı kat daha yüksek bir sezaryen doğum oranı bildirilmiştir (201, 202). Bu durum kadınların yardımcı üreme teknikleri ile olan gebelikler ile spontan gebelikleri farklı algıladıklarını desteklemektedir.

YÜT ile kıymetli bebek sahibi olan kadınların, özellikle sağlık sorunları ve gebelik kaybı nedeniyle spontan olarak gebe kalanlara kıyasla daha yüksek oranda endişe duymaları “kıymetli bebeklere” yönelik kadınların farklı obstetrik yaklaşımı tercih etmeleri ile açıklanabilmektedir. Bununla birlikte Srebnik ve diğerlerinin kadın doğum uzmanları ve jinekologların, YÜT ile elde edilen gebelikleri (kıymetli bebekler” olarak adlandırılan) spontan oluşan gebeliklerden farklı şekilde yönetiyor mu? başlıklı çalışmalarında, kadın doğum uzmanları ve jinekologların bunu yapabileceklerini göstermektedir (203). Kadın doğum uzmanlarının sezaryenin tıbbi endikasyonları tartışmak için düzenlenen bir konferasta tıbbi endikasyonların yanı sıra “kıymetli bebek” faktörünün gittikçe artan bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Ancak net bir tanımı olmayan “kıymetli bebek” sezaryenin sosyal endikasyonları arasına dahil edilmektedir. Bunun sonucunda hastanelerde sosyal endikasyonlar nedeniyle yapılan sezaryen ile doğumlarda artış olduğu görülmektedir (205, 206).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Son yıllarda 40 yaş üzeri gebeliklerin ve YÜT yöntemlerinin kullanımının artmasıyla sezaryen oranlarında artış olmuştur. İncelenen çalışmalarda kadın doğum uzmanlarının da kıymetli bebek sahibi olan kadınlarda sezaryen ile doğumu tercih ettiği, kıymetli bebek sahibi olan kadınların spontan gebeliklere göre bu gebelikleri farklı algıladıkları, gebeliğe bağlı daha fazla endişe yaşadıkları, sezaryenle doğumu ve “kıymetli bebeklere” yönelik olarak farklı obstetrik yaklaşımı tercih ettikleri görülmektedir. Ulusal ve uluslararası rehberlerde “kıymetli bebek” endikasyonu sezaryen endikasyonları arasında yer almamasına rağmen yapılan çalışmalarda kıymetli bebek faktörü sezaryen endikasyonları arasında gösterilmektedir. Ancak konu ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle sezaryen doğum endikasyonlarında “kıymetli bebek” etkisini değerlendirmek ve elde edilen veriler ile sezaryen endikasyonu literatürüne katkı sağlamak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen verilere göre sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Kadınların %46.9’u 19-29, %28.5’i 30-34 ve %24.6’sı 35-45 yaş aralığında, %36.6’sı lise, %35.4’ü yüksekokul/üniversite ve %13.9’u ortaokul mezunu, %45.5’inin çalıştığı, her kadının bir sosyal güvenceye sahip olduğu ve çoğunlukla kent merkezinde (%55.9) yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 2).
- Kadınların %38.5’inin ilk gebeliği olduğu, %46.6’sının yaşayan çocuğu bulunmadığı, %85.1’inin düşük ve %97.9’unun ölü doğum yapmadığı, %97.3’ünün hiç kürtaj yaptırmadığı, %68.7’sinin daha önce sezaryen ile doğum yapmadığı ve şuan ki gebeliklerinin çoğu tekil (%96.7) ve erkek bebek (%49.5) olduğu saptanmıştır (Tablo 3).
- Kadınların %81.4’ünde gebelik öncesi sağlık sorununun olmadığı, %24.5’inin kronik bir hastalığı olduğu tespit edilmiştir (%44.7 anemi, %13.9 diabet ve %12 hipertansiyon) (Tablo 4).
- Kadınların gebeliklerinin %88.7’si kendiliğinden, %11.3’ünün kıymetli bebek sahibi olduğu, sezaryen ile doğumların çoğunlukla spinal anestezi ile (%67.2), 38-42 gebelik haftası arasında (%92.6), hafta içi (%83.4) ve mesai saatleri içerisinde (%75.1) gerçekleştiği belirlenmiştir (Tablo 5).

- Kıymetli bebek sahibi olan kadınların çoğunluğunun 35-45 yaş aralığında (%44.8), yüksekokul/üniversite mezunu (%40.6), sosyal güvenceye sahip (%96.9), çalışmakta olduğu (%54.2) ve kent merkezinde yaşadıkları (%61.5) tespit edilmiştir (Tablo 6).
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınların yarısının ilk gebeliği olduğu, %86.5'inin yaşayan çocuğu olmadığı, %60.4'ünün düşük ve %91.7'sinin ölü doğum yapmadığı, %96.9'sının hiç kürtaj yaptırmadığı, kadınların %99'unun daha önce sezaryen ile doğum yapmadığı ve şuan ki gebeliğin çoğunlukla tekil (%87.5) ve erkek (%50) olduğu bulunmuştur. (Tablo 7).
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınların gebelik öncesinde %53.1'inde herhangi bir sağlık problemi bulunduğu, bunların çoğunun jinekolojik hastalıklar (%37.5) olduğu ve bu kadınların %42.7'sinin kronik bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 8).
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınların sezaryen ile doğumu çoğunlukla 38-42 gebelik haftası arasında (%88.5), hafta içi (%81.3) ve mesai saatleri içerisinde gerçekleşmiştir (Tablo 9).
- 35-45 yaş aralığında kıymetli bebek sahibi olan kadınların oranı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).
- Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında ilk üç sırada anneye bağlı sezaryen endikasyonları (%52.6), bebeğe bağlı sezaryen endikasyonları (%21.4) ve sezaryen sosyal endikasyonları (%13.1) yer almıştır (Şekil 5).
- Anneye bağlı sezaryen endikasyonlarının ilk üç sırasını geçirilmiş uterin cerrahi (%59.3), baş pelvis uyumsuzluğu (%19.5) ve dinamik distosi (%12.1) oluşturmuştur (Şekil 6).
- Bebeğe bağlı sezaryen endikasyonlarının ilk üç sırasında prezentasyon anomalileri (%37.9), fetal distres (%23.6) ve makrozomik bebekler (%14.8) olduğu görülmüştür (Şekil 8).
- Fetüs eklerine bağlı sezaryen endikasyonlarının ilk üç sırasında ablasyo plasenta (%51.1), kordon prolapsusu (%29.8) ve plasenta previa (%12.8) olduğu tespit edilmiştir (Şekil 9).

- Sezaryen sosyal endikasyonları arasında kıymetli bebek sahibi olmanın %86.5 ve anne isteğinin %13.5 oranına sahip olduğu belirlenmiştir (Şekil 10). Çalışmadan elde edilen bu veriler çalışma hipotezini destekler niteliktedir.
- Diğer endikasyonların ilk üç sırasını preeklampsi (%28.6), erken membran rüptürü (%25.4) ve amniyotik mayide mekonyum (%20.6) oluşturmuştur (Şekil 11).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Kadınların, vajinal doğum ve sezaryenin avantajları ile dezavantajları konusunda bilgilendirilmesi ve vajinal doğum açısından cesaretlendirilmesi,
- Sezaryen doğum kararında etkili olan doğum ağrısı ile etkili baş etme mekanizmalarının kadınlara öğretilmesi ve ağrı ile mücadelede alternatif tıp yöntemlerinin etkin kullanılması,
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınlarda gebelik sürecinde ve doğumda oluşabilecek komplikasyonlarda artış olasılığı nedeniyle gebelik ve doğum takibinin düzenli ve dikkatli bir şekilde yapılması,
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınların ve eşlerinin sezaryen ile doğum isteği değerlendirilirken yaş ve parite gibi bireysel faktörlerin göz önünde bulundurulması,
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınların ve eşlerinin gebelik ve doğum sürecine ilişkin sağlıklı bir çıkarım yapabileceği şekilde karar verme sürecine dahil edilmesi ve oluşabilecek riskleri kabul etme mecburiyetinde hissetmeyeceği şekilde bilgi verilmesi,
- İnfertilite tedavisi gören kadınlar ve eşlerine doğum şekliyle ilgili olarak özel danışmanlık hizmeti verilerek yardımcı üreme teknikleri ve spontan gebeliklerin birbirinden farklı olduğu algısı azaltılabilir ve bu şekilde gebeliğin ve doğumun yönetiminin farklı şekilde sağlanabilmesi,
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınlar ve eşlerine tedavi sürecinde her gebeliğin bebek sahibi olmak için son şansları olduğu düşüncesiyle baş edecek stresle baş etme yöntemlerinin anlatılması,

- Kanıta dayalı uygulamalar, tedavi ile gerçekleşen (kıymetli bebek) gebeliklerde sezaryen ile doğumun anne ve bebekler için en uygun bir doğum seçeneği olduğunu destekleyene kadar kadın doğum uzmanlarının vajinal doğumu desteklemeye devam etmesi,
- Kıymetli bebek olarak tanımlanan gebeliklerin yönetiminin nasıl olması gerektiğine dair evrensel olarak kabul edilmiş standart bir gebelik ve doğum yönetimi rehberinin oluşturulması,
- Kıymetli bebek sahibi olan kadınların ve eşlerinin doğum şekline yönelik endişelerini ve sezaryen doğum seçme nedenlerini içeren geniş ölçekli çalışmalar yapılması,
- Uygun doğum yönteminin belirlenmesi ve artmış sezaryen oranlarının azaltılması hekim, hasta ve sağlık politikalarının iş birliği ile multidisipliner bir yaklaşım gerektiren stratejilerin geliştirilmesidir.

9. KAYNAKLAR

1. Gözükara F, Eroğlu K (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 15(1): 32-46.
2. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB (2017). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. Sakarya Tıp Dergisi 7(4): 158-163.
3. WHO statement on caesarean section rates (2015). [Online]. Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1 [Erişim Tarihi 25 Eylül 2018].
4. World Health Organization (2015). World health statistics. [Online]. Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf [Erişim Tarihi 25 Eylül 2018].
5. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoğlu AM, Torloni MR (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. The Public Library of Science One; 11(2): e0148343.
6. TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (2003). [Online]. Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf> [Erişim Tarihi 15 Eylül 2018].
7. TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (2008). [Online]. Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> [Erişim Tarihi 15 Eylül 2018].
8. TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (2013). [Online]. Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf [Erişim Tarihi 15 Eylül 2018].
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2016). [Online]. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> [Erişim Tarihi 18 Eylül 2018].
10. OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development Indicators (2017). Health at a Glance. Caserean Section 9: 180-181.
11. Arslan H (2008). Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 1(2): 55-58.

12. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE (2013). Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Systematic Reviews* (5): CD004453.
13. Sayın NC, Erzincan SG, Çilingir IU (2018). Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetrics-Special Topics* 11(1): 7681.
14. Pinborg A, Loft A, Rasmussen S, Schmidt L, Langhoff-Roos J, Greisen G, Andersen AN (2004). Neonatal outcome in a Danish national cohort of 3438 IVF/ICSI and 10362 non IVF/ICSI twins born between 1995 and 2000. *Human Reproduction* 19(2): 435-441.
15. Konakçı SK, Kılıç B (2004). İzmir’de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji* 14(2): 88-95.
16. Park CS, Yeoum SG, Choi ES (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences* 7(1): 3-8.
17. Güney M, Oral B, Mungan T, Özbasar D (2006). İn vitro fertilizasyon sonrası ikiz gebeliklerin antepartum, intrapartum ve perinatal sonuçları. *Journal Turkish-German Gynecology Association* 7(2): 115-119.
18. Baxi A, Kaushal M (2008). Outcome of twin pregnancies conceived after assisted reproductive techniques. *Journal of Human Reproductive Sciences* 1(1): 25-28.
19. Ramoğlu MG, Kavuncuoğlu S, Özbek S, Aldemir E (2014). Kendiliğinden ve in vitro fertilizasyonlu çoğul gebeliklerden erken doğan bebeklerin doğum öncesi ve bedensel büyüme özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi* 49: 17-24.
20. Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E (2010). Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 89(1): 49-53.
21. Gözükar F (2006). Primigravidaların doğum şekline yönelik tercihleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
22. Karabulutlu Ö (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 20(3): 210-218.
23. Çuvalcı M (2016). Annelerin sezaryen doğumun anne ve çocuk sağlığına etkileri ile ilgili bilgi ve görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

24. Sheiner E, Vardi IS, HersHKovitz R, Katz M, Mazor M (2001). Infertility treatment is an independent risk factor for cesarean section among nulliparous women aged 40 and above. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 185(4): 888-892.
25. Minkoff HL, Berkowitz R (2005). The myth of the precious baby. *Obstetrics & Gynecology* 106(3): 607-609.
26. Mancuso A, De Vivo A, Fanara G, Settineri S, Triolo O, Giacobbe A (2006). Women's preference on mode of delivery in Southern Italy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85(6): 694-699.
27. Chigbu CO, Ezeome IV, Iloabachie GC (2007): Cesarean section on request in a developing country. *Journal of gynecology and obstetrics* 96: 54-56.
28. Unnikrishnan B, Prasad RB, Amarnath A, Kumar N, Rekha T, Mithra PP, Pal S (2010). Trends and indications for caesarean section in a tertiary care obstetric hospital in coastal south India. *Australasian Medical Journal* 3(12): 821.
29. Wang X, Hellerstein S, Hou L, Zou L, Ruan Y, Zhang W (2017). Cesarean deliveries in China. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17: 54.
30. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ (2001). Cesarean section and postpartum hysterectomy in: *Williams Obstetrics*. 21st ed. USA: 537-565.
31. Türk Dil Kurumu. [Online]. Erişim Adresi: <http://tdk.org.tr/tdksozluk/> [Erişim Tarihi 15 Ekim 2018].
32. Huang X, Lei J, Tan H, Walker M, Zhou J, Wen SW (2011). Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 158(2): 204-208.
33. Boley JP (1991). The history of caesarean section. *Canadian Medical Association Journal* 145(4): 319-322.
34. Cesarean section-a brief history (1993). [Online]. Erişim Adresi: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html> [Erişim Tarihi 20 Eylül 2018].
35. Konakçı SK, Kılıç B (2002). Sezaryen ile doğumlar artıyor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 11(8): 286-288.
36. Lurie S, Glezerman M (2003). The history of cesarean technique. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189(6): 1803-1806.

37. TJOD, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Sezaryen Raporu (2013). [Online]. Erişim Adresi: <https://www.medikalakademi.com.tr/wp-content/uploads/2013/06/tjod-sezaryen-raporu-2013.pdf> [Erişim Tarihi 18 Eylül 2018].
38. T.C. Sağlık Bakanlığı – Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Sezaryen Oranlarını Azaltma Ortak Eylem Planı (2011). [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tjod.org/saglik-bakanligi-tjod-sezaryen-oranlarini-azaltma-ortak-eylem-plan/> [Erişim Tarihi 18 Eylül 2018].
39. Uzunçakmak C, Güldaş A, Aydın S, Var A, Özçam H (2013). SB İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2005-2012 yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. İstanbul Medical Journal 14(2): 112-116.
40. Köse S, Akdöner A, Altunyurt S (2018). Bir üniversite hastanesinin primer sezaryen endikasyon dağılımı: On yıla ait tecrübe ve sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik çıkarılabilecek dersler. Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi 26(3): 124-134.
41. Yeşilçiçek Çalık K, Erkaya R, Karabulutlu Ö (2018). Üçüncü basamak bir hastanede 4 yıllık sezaryen doğumlarının oranları ve endikasyonları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 5(2): 201-209.
42. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (2017). FIGO Statement on Caesarean Section. [Online]. Erişim Adresi: https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/Project-publications/SMN/FIGO_cesar_230107%20%282%29.pdf [Erişim Tarihi 1 Ekim 2018].
43. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Patient education labor, delivery, and postpartum care. Caserean birth FAQ006.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2010). Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara, AÇSAP.
45. Yıldırım GB, Çolakoğlu S, Bombacı E, Gül S (2006). Acil kadın hastalıkları ve doğum ameliyatlarında anestezi uygulamalarımız. Van Tıp Dergisi 13: 56-60.
46. Mac Dorman MF, Menacker F, Declercq E (2008). Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. Clinics in Perinatology 35: 293-307.

47. American College of Obstetricians and Gynecologists (2010). ACOG practice bulletin no. 115. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* 116: 450-463.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). ACOG committee opinion no. 559. Cesarean delivery on maternal request. *Obstetrics & Gynecology* 121: 904-907.
49. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T (2006). Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryan oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 3(4): 249-254.
50. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanali S (2009). Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal* 22(2): 104-110.
51. Çağlayan EK, Kara M, Gürel Y (2010). Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 27(2): 50-53.
52. Unnikrishnan B, Prasad RB, Amarnath A, Kumar N, Rekha T, Mithra PP, Pal S (2010). Trends and indications for caesarean section in a tertiary care obstetric hospital in coastal south India. *Australasian Medical Journal* 3(12): 821.
53. Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Öİ, Babayiğit MA (2014). Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Tıp Dergisi* 3(3): 1-7.
54. Mylonas I, Friese K (2015). Indications for and risks of elective cesarean section. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(29-30): 489.
55. Lurie S, Shalev A, Sadan O, Golan A (2016). The changing indications and rates of cesarean section in one academic center over a 16-year period (1997–2012). *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 55(4): 499-502.
56. Başar F, Yeşildere Sağlam H (2018). Women’s choice of delivery methods and the factors that affect them. *Journal of Current Researches on Health Sector* 8 (1): 59-74.
57. Sevil Ü, Ertem G (2016). Perinatoloji ve Bakım. Birinci baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, No.33830, İzmir; 310-311.
58. Şekeroğlu M, Baksu A, İnce Z, Gültekin H, Göker N, Özsoy S (2009). Adölesan ve ileri yaş gebeliklerde obstetrik sonuçlar. *Şişli Etfal Tıp Bülteni* 43(1): 1-7.

59. Lee HC, Gould JB, Boscardin WJ, El-Sayed YY, Blumenfeld YJ (2011). Trends in cesarean delivery for twin births in the United States: 1995 to 2008. *Obstetrics and Gynecology* 118(5): 1095.
60. Çakmak B, Özsoy Z, Metin FZ, Erkorkmaz Ü, Demirtürk F (2012). Elektif sezaryen yapılan adölesan ve ileri yaş gebeliklerin maternal ve perinatal sonuçları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 4(4), 23-28.
61. Ghafarzadeh M, Moeininasab S, Namdari M (2015). Effect of early amniotomy on dystocia risk and cesarean delivery in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Archives of gynecology and obstetrics* 292(2): 321-325.
62. Başbuğ M (2018). Omuz Distosisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics* 11(1): 65-70.
63. Taşkın L (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. On üçüncü baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 342-343.
64. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. (2007). Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 4: 168-172.
65. Topçuoğlu S, Erçin S, Arman D, Gürsoy T, Karatekin G, Ovalı F (2014). Adölesan veya İleri Anne Yaşı: Yenidoğan İçin Risk midir? *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 45(3): 131-135.
66. İtil İM, Özşaran AA, Kazandı M, Terek MC, Aşkar N (2000). 40 yaş üstü gebeliklerin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 10(1): 21-24.
67. Gümüş İİ, Kamalak Z, Yuvacı H, Duvarcı Cİ, Turhan NÖ (2008). Impact of advanced maternal age on perinatal outcomes. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine* 14(1):16-18.
68. Cambaztepe B, Yücel FD, Pektaş G, Bulut B, Uzun HC, Mihmanlı V (2017). Pregnancy in women 40 years old or older: maternal and neonatal outcomes. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 33(1): 28-32.
69. Başer E, Seçkin KD, Erkılnç S, Karşlı MF, Yeral İM, Kaymak O, Danışman N (2013). The impact of parity on perinatal outcomes in pregnancies complicated by advanced maternal age. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 14(4): 205-209.

70. Herstad L, Klungsoyr K, Skjaerven R, Tanbo T, Eidem I, Forsen L (2012). Maternal age and elective cesarean section in a low-risk population. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91(7): 816-823.
71. Yıldırım G, Özdemir İA, Aslan H, Gülek A (2006). Miadında makat doğumlarda erken neonatal sonuçlar. *Perinatoloji Dergisi* 14(2): 66-72.
72. James D (2001). Cesarean section for fetal distress. *British Medical Journal* 322(7298): 1316-1317.
73. Costantine MM, Saade GR (2012). The first cesarean: role of "fetal distress" diagnosis. *Seminars in Perinatology* 36(5): 379-383.
74. Chauhan SP, Magann EF, Scott JR, Scardo JA, Hendrix NW, Martin JN (2003). Cesarean delivery for fetal distress: rate and risk factors. *Obstetrical & Gynecological Survey* 58(5): 337-350.
75. Yang X, Li Y, Li C, Zhang W (2014). Current overview of pregnancy complications and live-birth outcome of assisted reproductive technology in mainland China. *Fertility and sterility* 101(2): 385-391.
76. Treger M, Hallak M, Silberstein T, Friger M, Katz M, Mazor M (2002). Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 11(1): 50-53.
77. Kandemir Ö, Yalvaç S (2004). Gün aşımına ne zaman müdahale edilmelidir? *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi* 8:177-180.
78. Çavuşoğlu H (2008). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. İkinci baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 67-68.
79. Yörük Ö, Öksüzöğlu A, Üstün YE, Aktulay A, Yapar Eyi EG, Mollamahmutoğlu L (2012). Uzunmuş gebeliklerde perinatal ve obstetrik sonuçlar term gebeliklerden farklı mı?. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 9(35): 1446-1450.
80. Bolat F, Uslu S, Bülbül A, Cömert S, Güran Ö, Baş EK, Nuhoğlu A (2010). Yenidoğan indirekt hiperbilirubinesinde ABO ve Rh uygunsuzluğunun karşılaştırılması. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni* 44(4): 156-161.
81. Koç A, Seval MM (2010). Rh uyuşmazlığı. *Türkiye Klinikleri Jinekolojik Obstetrik Özel Dergisi* 3(1): 39-44.

82. Alberico S, Montico M, Barresi V, Monasta L, Businelli C, Soini V, Erenbourg A, Ronfani L, Maso G (2014). The role of gestational diabetes, prepregnancy body mass index and gestational weight gain on the risk of newborn macrosomia: results from a prospective multicentre study. *BMC Pregnancy Childbirth* 14:23.
83. Ergen EB (2018). 4500 gram ve üstü fetusların maternal ve fetal sonuçları: Tek merkez deneyimi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 49(1): 21-23.
84. American College of Obstetricians and Gynecologists (2006). ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstetrics & Gynecology* 108: 235–237.
85. Yasmeen N, Aleem M, Iqbal N (2006). Maternal and fetal complications in multiple pregnancies. *Annals of King Edward Medical University* 12(4): 512-514.
86. Chittacharoen A (2006). Pregnancy outcome of twin pregnancy in Ramathibodi Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand* 89(4): 576-80.
87. Qazi G (2011). Obstetric and perinatal outcome of multiple pregnancy. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan* 21(3): 142-145.
88. Aköz İ, Benk D, Ayas S, Yakut Y (2003). 2000-2003 yılları arasındaki çoğul gebeliklerde obstetrik ve perinatal sonuçlarımız. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 14(3): 180-183.
89. Dafallah SE, Yousif EM (2004). A comparative study of twin and triplet pregnancy. *Saudi Medical Journal* 25(4): 502-506.
90. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (2005). *Williams Doğum Bilgisi*. Yirmi birinci baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 757-803.
91. Adalı E, Yıldızhan R, Kolusarı A, Kurdoğlu M, Çim N, Özgökçe Ç, Şahin H, Kamacı M (2009). Dekolman Plasenta Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 16(1): 14-18.
92. Oyelese Y, Ananth CV (2006). Placental abruption. *Obstetrics & Gynecology* 108(4): 1005-1016.
93. Gezginç K, Dalkılıç EU (2011). Obstetrik Acillere Yaklaşım/Management of Obstetric Emergencies. *Journal of Academic Emergency Medicine* 10(3): 128.

94. Güngördük K, Yıldırım G, Olgaç Y, Tekirdağ Aİ, Ark HC (2008). Umbilikal kord prolapsu: Risk faktörleri ve perinatal sonuçlar. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society* 5(2): 94- 98.
95. Bayık RN (2016). Umbilikal kord prolapsusu ve yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics* 9(4): 34-38.
96. Sayed Ahmed WA, Hamdy MA (2018). Optimal management of umbilical cord prolapse. *International Journal of Women's Health* 10: 459-465.
97. Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ (2011). Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi* 3(2): 55-63.
98. Joshi AS, Joshi KK, Joshi SB, Joshi KS (2018). Changing trends in the rate of caesarean section over a decade in rural Maharashtra. *International Journal Of Scientific Research* 5(10): 1-3.
99. Latham SR, Norwits ER (2009). Ethics and cesarean delivery on maternal demand. *Journal of Perinatology* 33(6): 405-409.
100. Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). T.C. Resmi Gazete, 23420, 01 Ağustos 1998
101. Aktaş D, Gönenç İM (2011). Sezaryen ve Etik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History* 19(3): 186-195.
102. Yanikkerem Uçum E, Kitapçıoğlu G, Karadeniz G (2010). Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 5(13): 107-23.
103. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery* 26(4): 394-400.
104. Qin C, Zhou M, Callaghan WM, Posner SF, Zhang J, Berg CJ, Zhao G (2012). Clinical indications and determinants of the rise of cesarean section in three hospitals in rural China. *Maternal And Child Health Journal* 16(7): 1484-1490.
105. Türk Dil Kurumu. [Online]. Erişim Adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori=1&veritbn&kelimesec=198141 [Erişim Tarihi 20 Kasım 2018].
106. Zhang J, Liu Y, Meikle S, Zheng J, Sun W, Li Z (2008). Cesarean delivery on maternal request in southeast China. *Obstetrics & Gynecology* 111(5): 1077-1082.

107. Karim F, Ghazi A, Ali T, Aslam R, Afreen U, Farhat R (2011). Trends and determinants of caesarean section. *Journal of Surgery Pakistan* 16(1): 22-27.
108. Sümer D, Çetin M, Yenicesu A, Yanık A (2013). Spontan ve IVF ikiz gebeliklerin obstetrik ve perinatal sonuçlarının karşılaştırılması. *Cumhuriyet Medical Journal* 35(4): 526-531.
109. Egbe TO, Sandjon G, Ourtchingh C, Simo A, Priso EB, Benifla JL (2016). In-vitro fertilization and spontaneous pregnancies: matching outcomes in Douala, Cameroon. *Fertility Research and Practice* 2(1): 1-8.
110. Yüksel D, Yüce T, Kalafat E, Aker SŞ, Koç A (2016). The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology* 13(3): 127-131.
111. Pandya JM, Pandya MJ, Joshi JM, Velani SP (2017). Analytical study of indications of cesarean section. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 4(5): 1460-1463.
112. Wanjari SA (2017). Rising caesarean section rate: a matter of concern?. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 3(3): 728-731.
113. Kalewad PS, Nadkarni T (2017). The perinatal and maternal outcome in pregnancy with advanced maternal age 35 years and > 35 years. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 5(6): 1929-1935.
114. Chatzicharalampous C, Garvin SE, Korzeniewski SJ, Puscheck E (2018). Are infertile patients at greater risk of cesarean delivery?. *Fertility and Sterility* 110(3): 403–404.
115. Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS (2004). Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 103(3): 551–563.
116. Gillet E, Martens E, Martens G, Cammu H (2011). Prelabour caesarean section following IVF/ICSI in older-term nulliparous women: too precious to push?. *Journal of Pregnancy* 2011: 1-5.

117. Cammu H, Martens G, Keirse MJ (2011). Mothers level of education and childbirth interventions: A populationbased study in Flanders, Northern Belgium. *Birth* 38(3): 191-199.
118. TJOD, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (2012). Obstetrik ve jinekolojide etik konular. [Online]. Erişim Adresi: http://www.tjod.org/wpcontent/uploads/2012/12/etik_konular_fibo_komitesi.pdf [Erişim Tarihi 22 Kasım 2018].
119. Carbonne B (2009). Increase in cesarean delivery: are we facing a pandemic. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107: 183-184.
120. Çoban Koca S (2015). Kadınların sezaryen doğum tercihi ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.
121. Rafiei M, Ghare MS, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, Vafae R (2018). Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine* 16(4): 221.
122. Kılı B (2011). Denizli Honaz ilçesi 2009 yılı doğumlarının değerlendirilmesi, sezaryen sıklığı ve buna etkili etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli.
123. Ergöl Ş, Kürtüncü M (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 1(3): 26-34.
124. Vatansever Z, Okumuş H (2017). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 6(2): 82-87.
125. Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, Anwar I (2017). Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *The Public Library of Science One* 12(11): e0188074.
126. Gül N (2008). Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.

127. Kaul KK, Singh OP (2017). Rising trends of c- section: in a defence zonal hospital: a retrospective study. *International Journal Of Scientific Research* 6(10): 349-351.
128. Liang H, Fan Y, Zhang N, Chongsuvivatwong V, Wang Q, Gong J, Sriplung H (2018). Women's cesarean section preferences and influencing factors in relation to China's two-child policy: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence* 12: 2093-2101.
129. Gündüz S, Çetin BA, Bahat PY, Aydın AA, Köroğlu N (2016). Çok ileri anne yaşının perinatal ve neonatal sonuçlara etkisi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 26(4): 220-225.
130. Kersten I, Lange AE, Haas JP, Fusch C, Lode H, Hoffmann W, Thyrian JR (2014). Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNIp-study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14(1): 75-88.
131. Padır İ (2006). Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde erken doğumlar ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.
132. Akarsu RH (2012). Kadınların sezaryen doğum tercih nedenleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.
133. Sevelsted A, Stokholm J, Bønnelykke K, Bisgaard H (2015). Cesarean section and chronic immune disorders. *Pediatrics* 135(1): 92-98.
134. Luck M, Savitsky L, Speranza R, Caughey A (2017). The Rate of Cesarean Section Stratified by Maternal Age, Parity and Previous History of Cesarean Section [13Q]. *Obstetrics & Gynecology* 129(5): 176.
135. Luke B, Gopal D, Cabral H, Stern JE, Diop H (2017). Pregnancy, birth, and infant outcomes by maternal fertility status: the Massachusetts Outcomes Study of Assisted Reproductive Technology. *American Journal Obstetrics Gynecology* 217(3): 327.
136. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 22(3): 166-176.

137. Ozalp S, Tanir HM, Sener T, Yazan S, Keskin AE (2003). Health risks for early (< or =19) and late (> or =35) childbearing. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 268(3): 172-174.
138. Çoşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G (2007). Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society* 4(3): 168-72.
139. Zhang N, Chen H, Xu Z, Wang B, Sun H, Hu Y (2016). Pregnancy, delivery, and neonatal outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer in patient with previous cesarean scar. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research* 22: 3288–3295.
140. Szymusik I, Kosinska-Kaczynska K, Krowicka M, Sep M, Marianowski P, Wielgos M (2019). Perinatal outcome of in vitro fertilization singletons–10 years' experience of one center. *Archives of Medical Science* 15(3): 666–672.
141. Jeon JH, Hwang YI, Shin IH, Park CW, Yang KM, Kim HO (2016). The risk factors and pregnancy outcomes of 48 cases of heterotopic pregnancy from a single center. *Journal of Korean Medical Science* 31(7): 1094-1099.
142. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gülmezoğlu M, Merialdi (2011). Classifications for cesarean section: a systematic review. *The Public Library of Science One* 6(1): 1-10.
143. Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M (2014). Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health* 43(5): 545-555.
144. Robson SJ, de Costa CM (2017). Thirty years of the World Health Organization's target caesarean section rate: time to move on. *Medical Journal of Australia* 206(4): 181-185.
145. Meda IB, Millogo T, Baguiya A, Ouédraogo L, Coulibaly A, Kouanda S (2016). Rate of and factors associated with indications for cesarean deliveries: Results of a national review in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 135(1): 51-57.

146. Altuntaş H, Dansuk R, Köse O (2013). Sezaryen oranlarının çeşitli değişkenlere bağlı olarak değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 15(2): 1-7.
147. Rosen M, Dickinson J (1990). Vaginal birth after cesarean section: meta-analysis for indicators of success. Obstetrics and Gynecology 76(5): 865-869.
148. Wu JM, Hundley AF, Visco AG (2005). Elective primary cesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. Obstetrics & Gynecology 105(2): 301-306.
149. Niino Y (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Bioscience Trends 5(4): 139-150.
150. Mutlu İ, Mutlu MF, Demir A, Efetürk T, Kiseli M (2013). Kliniğimiz 2009-2012 yılları arasında saptanan sezaryen oranları: Sezaryen oranlarındaki artış kaçınılmaz mı?. Gazi Medical Journal, 24(2): 40-43.
151. Salawati L (2013). Profil Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2011. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala 13(3): 139-143.
152. Küçükbaş NG, Moraloğlu Ö, Özel Ş, Erkaya S, Taşçı Y, Fındık RB (2016). The cesarean rates and indications between 2010 and 2014 in the Obstetrics Department of Dr. Zekai Tahir Burak Maternal Health Training and Research Hospital. Perinatal 24(2): 61-65.
153. İşgüder ÇK, Bulut YE, Yılmaz G, Doğru HY, Özsoy AZ, Başol N (2017). Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 14(4): 168-171.
154. Patil P, Bhardwaj M, Sharma P, Chandrakar G (2017). Changing trends in indication of cesarean section in a tertiary care centre of Central India. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 6(7): 2829-2835.
155. Töz E, Kurt S, Canda MT, Gürbüz T, Taşyurt A (2011). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 5 yıllık doğum verileri ve sezaryen endikasyonları. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 21(3): 109-112.

156. Yumru AE, Dinçgez B, Öndeş B, Atalay N (2011). Kliniğimizde gerçekleşen 11561 doğumdaki bebek cinsiyetinin makrozomi ve sezaryen oranı ile ilişkisi. *Journal Academic Research in Medicine* 1: 18-20.
157. Özkaya O (2005). Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 12(4): 36-39.
158. Ersoy AÖ, Öztaş E, Özler S, Ersoy E, Topçu HO, Findik RB, Taşcı Y (2017). Makrozomik bebek doğuran düşük riskli kadınların gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. *Journal of Clinical & Experimental Investigations/Klinik ve Deneysel Arastirmalar Dergisi* 8(4): 114-119.
159. Talay H, Akyol A, Özer A, Karaman E, Özdemir Ç, Ark HC (2014). Bebek doğum tartışının maternal ve fetal komplikasyonlara etkisi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi* 6(2): 65-70.
160. Vitner D, Bleicher I, Kadour-Peero E, Lipworth H, Sagi S, Gonen R (2019). Does prenatal identification of fetal macrosomia change management and outcome?. *Archives Gynecology Obstetrics* 299(3): 635-644.
161. Said AS, Manji KP (2016). Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16(1): 243-251.
162. Beta J, Khan N, Khalil A, Fiolna M, Ramadan G, Akolekar R (2019). Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: A systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstetrics Gynecology*. doi.org/10.1002/uog.20278.
163. Esinler İ, Beishenova D, Akyol D, Önderoğlu L (2005). Umbilikal kord prolapsusu: Maternal ve fetal sonuçlar. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2(3): 192-196.
164. Keskin N (2009). Preterm plasenta previa ve ablasyo plasenta vakalarında sezaryen endikasyonlarının tartışılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 11(1): 54-58.
165. Demir BÇ, Ocakoğlu G, Özerkan K, Orhan A, Cengiz C (2012). Kliğinımızde 2000-2010 yılları arasında sezaryen oranları ve değişen endikasyonlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 38(2): 123-127.

166. Subedi S (2012). Rising rate of cesarean section-a year review. *Journal of Nobel Medical College* 1(2): 50-56.
167. Özdemir İ, Sezer S, Açar D, Polat İ (2017). Tersiyer bir merkezde plasenta insersiyon anomalileri yönetiminde değişen trendler: Uterus koruyucu tedavi yöntemleri. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi* 9(1): 30-36.
168. Kumru P, Kartal ÖP, Köse G, Aka N, Büyükoğlu B (2005). The Evaluation of cases with preeclampsia, eclampsia and HELLP Syndrome in our clinic. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology and Obstetrics* 30(2): 72-80.
169. Çulha G, Ocaktan ME, Çöl M (2010). Hypertension study in pregnant women demanding services of Ankara University. *Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science* 30(2): 639-649.
170. Cho GJ, Kim LY, Min KJ, Sung YN, Hong SC, Oh MJ, Seo HS, Kim HJ (2015). Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15(1): 24-30.
171. El-Sayed YY, Borders AE (2017). Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 692: Emergent therapy for acute-onset severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics & Gynecology* 129(4): 90-95.
172. Akalın A, Şahin S (2018). Preeklampside Tanı ve Hemşirelik Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar. *Journal of Human Rhythm* 4(2): 88-97.
173. Kolsuz LD, Demirel B, Gürsoy T, Karatekin G, Ovalı F (2013). Erken membran rüptürünün preterm bebeklerde morbidite ve mortalite üzerine etkisinin araştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 44(4): 221-226.
174. Bilgiç E, Sözenoğlu AR, Koca K, Adalı E, Yücel N, Süe N (2004). İntrapartum oligohidramniosun peripartum fetal duruma etkisi. *Medeniyet Medical Journal* 19(2): 75-79.
175. Çetin O, Çetin İD, Şen C, Uludağ S, Aydoğan B, Tüten A (2012). Preterm erken membran rüptürü olan gebelerin perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi. *Perinatal Journal/ Perinatoloji Dergisi* 20(2): 49-54.
176. Ahmed SR, Alsheeha MA, Alsammani MA (2013). Risks and indications for cesarean sections in primiparous women: A case-control study. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* 6(5): 541-544.

177. Chaudhary R, Raut KB, Pradhan K (2018). Prevalence and Indications of Cesarean Section in a Community Hospital of Western Region of Nepal. *Journal of the Nepal Medical Association* 56(213):871-874.
178. Keenan W (2004). Recommendations for management of the child born through meconium-stained amniotic fluid. *Pediatrics* 113(1): 133-134.
179. Fischer C, Rybakowski C, Ferdynus C, Sagot P, Gouyon JB (2011). A population-based study of meconium aspiration syndrome in neonates born between 37 and 43 weeks of gestation. *International Journal of Pediatrics* 2012: 1-7.
180. Şen V, Karabel M, Uluca Ü, Ağaayak E, Tan İ, Karabel D, Aktar F, Yolbaş İ (2014). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mekonyum aspirasyon sendromlu yenidoğanların değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 21(4): 203-235.
181. Gözükar F, Eroğlu K (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “Bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 18(2): 89-100.
182. Schantz C, de Loenzien M, Goyet S, Ravit M, Dancoisne A, Dumont A (2019). How is women’s demand for caesarean section measured? A systematic literature review. *The Public Library of Science One* 14(3): 1-14.
183. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N (2019). Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal Maternal Fetal Neonatal Medicine* 8: 1-6.
184. Sun N, Yin X, Qiu L, Yang Q, Gong Y (2019). Chinese obstetricians’ attitudes, beliefs, and clinical practices related to cesarean delivery on maternal request. *Women and Birth* doi: 10.1016/j.wombi.2019.03.001.
185. Öner S, Koçuş F (2016). Mersin’de 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin [serialonline]* 15(5): 401-407.
186. Prah J, Kudom A, Afrifa A, Abdulai M, Sirikiyi I, Abu E (2017). Caesarean section in a primary health facility in Ghana: Clinical indications and foeto-maternal outcomes. *Journal of Public Health in Africa* 8(2): 155-159.

187. Huang K, Yan S, Wu X, Zhu P, Tao F (2019). Elective caesarean section on maternal request prior to 39 gestational weeks and childhood psychopathology: a birth cohort study in China. *BMC Psychiatry* 19(1): 22-33.
188. D'Souza R (2013). Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology* 27: 165-77.
189. Eide KT, Morken NH, Bærøe K (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19(1): 102-112.
190. Wang D (1990). Cesarean section: an analysis of 16,975 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 70(1): 10-2.
191. Ilesanmi O, Fawole Do Olaleye O, Arowojolu A (1998). Pregnancy outcome in the elderly primigravidae. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 18(1): 40-43.
192. Aisien AO, Lawson JO, Adebayo AA (2002). A five year appraisal of caesarean section in a northern Nigeria university teaching hospital. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal* 9(3): 146-150.
193. Zaibun-Nisa S, Ghazal-Aswad S, Badrinath P (2003). Outcome of twin pregnancies after assisted reproductive techniques a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 109(1): 51-54.
194. Kozinszky Z, Zádori J, Orvos H, Katona M, Pál A, Kovács L (2003). Obstetric and neonatal risk of pregnancies after assisted reproductive technology: a matched control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82(9): 850-856.
195. Wittemer C, Machev N, Viville S (2004). Follow-up of children born by ICSI. *Medecine sciences: M/S* 20(3): 352-356.
196. Boz İ, Özçetin E, Teskereci G (2018). İnfertilitede anne olma: Kuramsal bir analiz. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler- Current Approaches in Psychiatry* 10(4): 496-511.
197. Vilchez G, Dai J, Hoyos LR, Babbar S, Bahado-Singh RO, Maulik D, Sokol RJ (2016). 856: Optimal delivery mode in singleton pregnancies conceived after infertility treatment: is the “precious baby” effect justified?. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 214(1): 445-446.

198. Benli AR, Benli NC, Usta AT, Atakul T, Koroglu M (2015). Effect of maternal age on pregnancy outcome and cesarean delivery rate. *Journal of Clinical Medicine Research* 7(2): 97-102.
199. Tan JKH, Tan EL, Kanagalingam D, Yu SL, Tan LK (2016). Multiple pregnancy is the leading contributor to cesarean sections in in vitro fertilization pregnancies: An analysis using the Robson 10-group classification system. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 42(9): 1141-1145
200. Yayla M, Baytur Y (2008). Çok merkezli çoğul gebelik çalışması 1- Epidemiyoloji. *Perinatoloji Dergisi* 16(1): 1-8.
201. Söderstrom-Anttila V, Tiitinen A, Foudila T, Hovatta O (1998). Obstetric and perinatal outcome after oocyte donation: comparison with in-vitro fertilization pregnancies. *Human reproduction* 13(2): 483-490.
202. Sheffer-Mimouni G, Mashlach S, Dor J, Levran D, Seidman DS (2002). Factors influencing the obstetric and perinatal outcome after oocyte donation. *Human Reproduction* 17(10): 2636-2640.
203. Srebnik N, Miron-Shatz T, Rolison JJ, Hanoch Y, Tsafirir A (2014). Physician recommendation for invasive prenatal testing: the case of the “precious baby”. *Obstetrical & Gynecological Survey* 69(3): 131-132.
204. Sullivan EA, Chapman MG, Wang YA, Adamson GD (2010). Population-based study of cesarean section after in vitro fertilization in Australia. *Birth* 37: 184-191.
205. Feng XL, Wang Y, An L, Ronsmans C (2014). Cesarean section in the People's Republic of China: current perspectives. *International Journal of Women's Health* 6: 59-74.
206. Feng L, Yue J (2005). Analysis on the 50-year cesarean rate and indications. *Journal of Huazhong University of Science and Technology (Health Sciences)* 34: 628–630.

10. EKLER

10.1. Ek 1. Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TRABZON
İL KURUMSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BİRİMİ
18/10/2017 11:36 - 14036556 / 799 / 13191



00036376431

Sayı : 14636556-799
Konu : Araştırma/Büşra YİĞCI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 18/10/2017 tarihli ve 14636556-929 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi "Sezaryen Gebelik Oranlarında Kıymetli Bebek Etkisi" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi ve Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesinin ilgili biriminde uygulama izin talebi, ilgi yazıda belirtilmektedir.

Müdürlüğümüz Bilimsel Değerlendirme İnceleme Komisyonumuzca incelenecek Girişimsel Olmayan Araştırma Başvuru Dosyasında bulunan, Etik Kurul Onayının aslı, ekte bulunan Araştırma İşbirliği Protokolü ve Gönüllü Onam Formunun tanzim edilip tarafımıza gönderilmesi durumunda, araştırma başvurusunun adı geçen hastaneler için olumlu olarak değerlendirileceği hususunu;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır,
Prof. Dr. Mustafa YILMAZ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1- Gönüllü Onam (1sayfa)
- 2- Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (2 sayfa)



Trabzon Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge Birimi

Bilgi için: Nazire AŞIK

Faka No:

Unvan: EBE

e-Posta: nazire.asik@saglik.gov.tr İst. Adresi: 0 4622341111/1954 NAZİRE AŞIK

Telefon No: 0 462 234 11 11 \ 3572

nazire.asik@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3an51cd4-f0b9-410b-9324-f2c096820Df kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Konu : Büşra YİĞİT'in Araştırma İzin İsteği

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 11.10.2017 tarihli ve E.362 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ve ekindeki belgelerde adı geçen fakülteniz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Büşra YİĞİT'in "*Sezaryen Gebelik Oranlarında Kıymetli Bebek Etkisi*" konulu tez çalışmasına Etik Kurulu'na onay verilmesi ve onayın Başhekimliğimize sunulması halinde, bu çalışma için talep edilen hasta dosyalarının, Arşiv ünitemiz dışına çıkarılmamak kaydıyla, incelenmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Halil KAVGACI
Başhekim

61080 - Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 327 54 51

Faks: +90 (462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ayrıntılı Bilgi İçin Lütfen

Şef Emine DİNÇ

eminedinc@ktu.edu.tr

Sayfa

1 / 1

Evrak teyidine <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:48814514-100-E-7908 ve Barkod Num.:1470261 bilgileriyle erişebilirsiniz.

10.2. Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Sezaryen doğum oranlarında ‘kıymetli bebek’ etkisi”dir.

Bu çalışmada ‘Kıymetli bebek’lerin sezaryen oranları üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacak ve elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak olup başka kişi ya da kurumlarla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırıcının önerilerine uyma, uygulanan forma özen gösterme sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma ticari amaçlı kullanılmayacaktır.

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için şimdiden hepinize teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı :

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

10.3. Ek 3. Anket Formu

“Sezaryen Doğum Oranlarında ‘Kıymetli Bebek ‘ Etkisi”

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, yüksek lisans bitirme çalışması kapsamında, sezaryen doğum oranlarında ‘kıymetli bebek’ etkisini belirlemek için yapılmaktadır. Bu araştırmadan elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Büşra YİĞCI
KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaş:
2. Eğitim durumu:
() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Yüksekokul-Üniversite mezunu
3. Çalışma Durumu:
() Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli
4. Sosyal Güvence:
() Ücretli () Emekli sandığı () Bağ-kur () SSK () GSS () Özel sigorta
5. Yaşanılan yer:
() Kent merkezi () İlçe () Köy
6. Kaçınıcı gebelik: () 1. () 2. () 3. ve üzeri
(Not : İlk gebelikse 12. Soruya geçilecek)
7. Yaşayan çocuk sayısı: () yok () 1 () 2 () 3 ve üzeri
8. Düşük sayısı: () yok () 1 () 2 () 3 ve üzeri
9. Kürtaj sayısı: () yok () 1 () 2 () 3 ve üzeri
10. Ölü doğum sayısı: () yok () 1 () 2 () 3 ve üzeri
11. Sezaryen sayısı: () yok () 1 () 2 () 3 ve üzeri
12. Şu anki gebelik: () Tekli () Çoğul gebelik
13. Bebeğin cinsiyeti: () Kız () Erkek () İkiz (Kız-Erkek)
() İkiz (Erkek-Erkek) () İkiz (Kız-Kız)
14. Gebelik öncesi dönemde saptanmış herhangi bir sağlık problemi:
() Var (Açıklayınız)..... () Yok
15. Annenin kronik hastalığı: () Var () Yok
16. Kronik hastalık varsa:
() Kalp hastalığı () Anemi () Hipertansiyon
() Böbrek hastalığı () Diyabet () Diğer.....
17. Gebeliğin oluş şekli:
() Kendiliğinden () İlaç tedavisi ile () Tüp bebek yöntemi ile
18. Sezaryen doğumun gerçekleştirildiği gebelik haftası:
19. Doğumun gerçekleştiği gün: () Hafta içi () Hafta sonu

20. Doğumun gerçekleştiği saat:

☐ 08:00-16:59

☐ 17:00-23:59

☐ 24:00-07:59

21. Anestezi şekli:

☐ Genel anestezi

☐ Spinal anestezi

☐ Epidural Anestezi

22. Anneye Bağlı Sezaryen Endikasyonu:

☐ İleri yaş gebeliklerin olması

☐ Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar ya da sezaryen doğum

☐ Baş-pelvis uyumsuzluğu

☐ Dinamik distosi → Pelvik darlığa bağlı distosiler,
→ Uterus kontraksiyonlarına bağlı distosiler,
→ Fetusa ait distosiler

☐ Yumuşak doku yolu ile ilgili sebepler

☐ Annenin sistemik hastalıkları (diyabet, ciddi maternal kalp hastalığı gibi)

23. Fetüs Eklerine Bağlı Sezaryen Endikasyonları:

☐ Plasenta previa

☐ Plasenta insersiyon anormallikleri

☐ Ablasyo plasenta

☐ Kordon prolapsusu ya da prezantasyonu

24. Bebeğe Bağlı Sezaryen Endikasyonu:

☐ Prezantasyon Anomalileri

☐ Pozisyon Anomalileri

☐ Fetüse Ait Gelişme Anormallikleri

☐ Fetal Distres

☐ Miad Aşımı (42 hafta ↑)

☐ Rh Uyumsuzluğu

☐ Makrozomik bebekler (4000 gr'dan büyük)

☐ Çoğul Gebelikler

25. Sezaryen Sosyal Endikasyonları:

☐ Annenin normal doğumdan korkması

☐ Planlı bir zamanda doğum yapmak istemesi

☐ Kıymetli bebek sahibi olması

26. Diğer Endikasyonlar:.....

☐ Erken membran rüptürü

☐ Amniyotik mayide mekonyom

☐ Preeklampsi

☐ Genital yol enfeksiyonu

☐ Polihidroamniyos

☐ Oligohidroamniyos

☐ Anormal uterin kanama

☐ Fetal ölüm

27. Annenin Sezaryeni Tercih Etme Sebepleri:

☐ Vajinal doğumdan /doğum ağrısından korkma

☐ Sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğunu düşünme

☐ Bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme ve riske atmama

☐ Önceki zor doğum öyküsü

☐ Gebelik sürecinde yaşadığı sağlık problemleri

☐ Cinsel organlarda yaralanma (epizyotomi) korkusu

☐ İleride büyük tuvaletini tutamama korkusu

☐ İleride idrarını tutamama korkusu

☐ Cinselliği koruma kaygısı

☐ Rahim ve diğer organların sarkması korkusu

☐ Tüplerini bağlatma isteği

☐ Doktorların önerisi

☐ Eşin isteği

☐ Gebelik sürecinde aile ve arkadaşların etkileri

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 23618724 /
Konu: Etik Kurul Karar Belgesi



Yrd. Doç Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK
KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

İlgi: 29.11.2017 tarih ve 14636556-000-15780 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenizde belirtilen “Sezaryen Gebelik Oranlarında Kıymetli Bebek Etkisi” başlıklı etik kurul 2017/66 protokol numaralı araştırma başvurunuz raportör ve Etik Kurulu görüşleri doğrultusunda değerlendirilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ
Etik Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Karar Formu (2 sayfa)

**SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Kanuni E.A.H. 1.Kat Kaşüstü/YOMRA-TRABZON
	TELEFON	0 462 341 5656
	FAKS	0 462 341 5653
	E-POSTA	kanunietikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezaryen Gebelik Oranlarında Kıymetli Bebek Etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2017/66			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK Yardımcı Araştırmacı: Hemşire Büşra YİĞCI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	YOK			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel İlaç Çalışması	☐		
		İlaç Dışı Klinik Araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz:			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	29.11.2017	2017/66	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	GEREKİYOR	GEREKİYOR	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	GEREKMİYOR	GEREKMİYOR	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	GEREKMİYOR	GEREKMİYOR	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Gerekli	Açıklama
	SIGORTA	☐	GEREKMEYOR
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	GEREKMEYOR
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	GEREKMEYOR
	İLAN	☐	GEREKMEYOR
	YILLIK BİLDİRİM	☐	GEREKMEYOR
	SONUÇ RAPORU	☐	GEREKMEYOR
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	GEREKMEYOR
	DİĞER: (BAŞVURU DİLEKÇESİ, HELSİNKİ BİLDİRGESİ, ÖZGEÇMİŞLER, İDARE ONAYI)	☒	İDARE ONAY BELGESİ BAŞVURU FORMU ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ FORMU SORUMLU ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ FORMU VERİ TOPLAMA FORMU ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU İMZA HELSİNKİ BİLDİRGESİ İMZA SON VERSİYON İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/66 Tarih: 20.12.2017 Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ (Genel Cerrah-SBÜ KANUNİ EAH)

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr. Ersin YARIŞ	Farmakoloji	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ	Genel Cerrahi	KANUNİ E.A.H	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. N.Ercüment BEYHUN	Halk Sağlığı	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Erkan VURALKAN	K.B.B.	KANUNİ E.A.H	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç.Dr. Gökhan PEKER	Ortopedi	KANUNİ E.A.H	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç.Dr. Şenol ARDIÇ	Acil Tıp	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Neslihan KAYAOĞLU	Biyokimya	KANUNİ E.A.H	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Kerem SEVİM	Avukat	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Zekai AYDIN	Fizik Uzmanı	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
İsmail OMAK	Sağlık Dışı Öye	SERBEST MESLEK SAHİBİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: / /
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : HALİMOĞLU Büşra
Uyruğu : T.C
Doğum Tarihi ve Yeri : 19 / 01 / 1994, Yomra
Medeni Hali : Evli
Telefon : 0462 3415656
E-Posta : busraygc@gmail.com
Yazışma adresi : Yalınca Mahallesi. Vakıflar Caddesi, No:3 Ortahisar/
TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	2015
Lise	Trabzon Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	2011

AKADEMİK / MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
Hemşire	Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-

YABANCI DİL

İngilizce Orta Seviye