

Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini

A Way to Prevent the Increase in Cesarean Birth: Vaginal Birth After Cesarean Instead of “Once a Cesarean Always a Cesarean” Approach and the Roles of Nurse

(Derleme)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 89-100

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

**Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye*

ÖZET

Tüm dünyada sezaryenle doğum oranlarında hızlı bir artış olmuştur. Bu artışta sezaryen sonrası yapılan isteğe bağlı (elektif) sezaryenlerin payı büyüktür. Cerrahi bir girişim olan sezaryen, gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite hızını artırmaktadır. Ayrıca ülke ekonomisine yük getiren bir girişimdir. Bu nedenlerle son yıllarda sezaryenle doğum oranlarını azaltmaya yönelik çalışmalar gündeme gelmiştir. Bu çalışmalardan birisi de sezaryen sonrası vajinal doğum uygulamasıdır. Uygun seçilmiş vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğumun başarılı ve güvenli bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının özellikle de gebeler ve aileleriyle en fazla etkileşimde olan hemşirelerin sezaryenle doğum oranlarının azaltılmasında önemli rolleri vardır. Bu makalede sezaryen doğumun dünyada ve Türkiye’deki oranlarından başlanarak, sezaryen doğumun tercih edilme nedenleri, sezaryen doğumun azaltılmasına yönelik yeni yaklaşımlar, sezaryen sonrası normal vajinal doğum yapabilme kriterleri ve doğum şekline karar vermede hemşirelerin rolleri üzerinde durulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum şekli, sezaryenle doğum, sezaryen sonrası vajinal doğum, hemşirenin rolü

ABSTRACT

There has been a rapid increase in rates of cesarean delivery across the world. Mother requested (elective) cesarean after cesarean section has a large share in this increase. However the cesarean section which is a surgical intervention can be life saving for mother and baby when necessary, it increases maternal mortality and morbidity rate when compared with vaginal birth. It is also an intervention places a burden on the country's economy. For these reasons, efforts to reduce the rates of cesarean section have gained importance in recent years. One of these efforts is vaginal birth after cesarean section. It is indicated that vaginal birth after cesarean section is a successful and safe method in appropriately selected cases. All health care practitioners especially nurses who mostly interact with pregnant women and their families play an important roles in reducing cesarean delivery rates. This article aims to focus on the cesarean birth rates in the world and Turkey, reasons for preferring cesarean section, new approaches to reduce cesarean section, criteria for vaginal birth after cesarean section and nurses' roles in decision making for delivery method.

Key Words: *Delivery mode, caesarean delivery, vaginal birth after cesarean section, nursing role*

Giriş

Kültürlerin çoğunda yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum, kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmakla birlikte bazı riskleri de (toksemi, kanama, enfeksiyon, anemi vb) beraberinde getirmektedir.¹ Kadın ve dünyaya getireceği bebek açısından önemli olan, bu risklerin erken dönemde tanımlanması ve uygun girişimlerde bulunarak, bu sürecin her ikisi içinde sağlıklı bir şekilde sonuçlanmasıdır. Bunun sağlanabilmesi için karar verilmesi gereken önemli konulardan bir tanesi de kadının doğum şeklidir. Doğum şekline karar vermede, gebelik süresince anne ve bebeğin sağlık durumunun yakından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum şeklidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Ancak baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, zor doğum (distosi), iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda doğumun vajinal yolla gerçekleşmesi anne veya bebek açısından riskli olabilmektedir. Böyle durumlarda riski ortadan kaldırmada bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması tercih edilmektedir.^{2,3}

Cerrahi bir girişim olan sezaryen, gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranlarını dört kat artırabilmektedir. Ayrıca yüksek maternal ölüm, iyileşme, emzirme ve anne-bebek ilişkisinde gecikme ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara da sahiptir.⁴⁻⁶ Bunun yanında vajinal doğuma kıyasla sezaryen operasyonlarında %50 daha fazla para harcanmakta ve hastanede kalış süresinin daha uzun olmasına bağlı olarak hastane maliyetinin artışı nedeniyle ülke ekonomisine ciddi yük getirmektedir.⁷ Tüm bu dezavantajlarına rağmen günümüzde sezaryen oranları son otuz yılda hemen hemen tüm dünyada hızlı bir artış göstermiştir. Bu artışa neden olan pek çok faktör vardır. En önemlilerinden biri sezaryen doğumundan sonra yapılan isteğe (elektif) bağlı sezaryenle doğumlardır.⁸ Literatürde uygun seçilmiş

vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğum başarılı ve güvenli bir yöntem olduğu belirtilmektedir.⁸⁻¹⁰ Bu nedenle sezaryen oranlarının azaltılmasında sezaryen sonrası yapılan isteğe bağlı sezaryen yaklaşımının değişmesi zorunlu ve gerekli görülmektedir. Dolayısı ile sezaryen doğumların azaltılmasında tüm sağlık çalışanlarının sezaryen sonrası vajinal doğum yaklaşımını benimsemesi önem taşımaktadır. Bu makalede sezaryen doğumun azaltılmasında özellikle sezaryen sonrası normal vajinal doğum yapabilme kriterleri ve doğum şekline karar vermede hemşirelerin rolleri üzerinde durulması amaçlanmıştır.

Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Oranları

Bu yüzyılın başlarında sezaryenle doğum, kadın hayatını kurtarmak için yapılan bir ameliyat iken, ilerleyen zamanlarda fetusun hayatını kurtaracak düşük riskli bir operasyon olarak düşünölmeye başlanmış ve hem annenin, hem bebeğin, hem de doktorun hayatını kolaylaştıracak bir işlem haline gelmiştir¹¹. Dolayısı ile dünyada sezaryenle doğum oranı artmaya başlamıştır. Sezaryenle doğum oranlarındaki bu artış ölkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar nedeniyle değişiklik göstermektedir¹². Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) 2010 verilerine göre bazı ölkelerin sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri’nde %30.2, İtalya’da %37.4, Brezilya’da %41.3, Meksika’da %36.1, Kore’de %37.7, İsviçre’de %28.9, Almanya’da %27.8’dir¹³. Görüldüğü gibi bu ölkelerde sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen %15 sezaryen oranından oldukça yüksektir. En yüksek %15 olarak benimsenen sezaryen oranının, bu seviyenin altına indiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ile morbidite oranları artış gösterebilmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sezaryenle doğum oranı giderek artış göstermiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 2003 yılı için %21.2 olan genel sezaryen oranının¹⁴ 2008 TNSA’da %36.7’ye yükseldiği bildirilmektedir¹⁶. Aynı araştırmada doğudan batıya gelindikçe, annenin öğrenim düzeyi yükseldikçe sezaryen oranının arttığı belirtilmektedir¹⁵. Türkiye’de yapılan hastane tabanlı bazı çalışmalarda da sezaryen oranının giderek arttığına işaret edilmektedir¹⁶⁻²⁴. Dicle Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada 1983 yılında %22.4 olan sezaryen oranının 2002 yılında %46.4’e ulaştığı,²⁰ Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde yapılan başka bir çalışmada 2001 yılında %58 olan sezaryen oranının 2005’te %85’e yükseldiği,²¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan çalışmada 2002 yılında %37,7 olan sezaryen oranının 2007 yılında %51’e ulaştığı²² ve Kahramanmaraş’da yapılan çalışmada 2004’te %34.4 olan sezaryen oranının 2006 yılında %40.2’e yükseldiği saptanmıştır²³. Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı sağlık istatistiklerinde ise sezaryenle doğumların tüm doğumlar içerisindeki payının 2003’de %21, 2007’de %35, 2009’da %43 iken 2010’da %45’e yükseldiği, bu oranların devlet hastanelerinde %41, özel hastanelerde %64 ve üniversite hastanelerinde %65 olarak değiştiği belirtilmektedir²⁴.

Hem genel hem de yerel olarak elde edilen tüm bu sonuçlar; Türkiye’deki sezaryenle doğum oranının diğer dünya ölkelerinin çoğundaki sezaryen doğum oranlarından ve DSÖ’nün maksimum olarak belirlediği %15 oranından oldukça yüksek olduğu göstermektedir. Dolayısı ile sezaryen doğum oranındaki artışın anne ve yenidoğana getireceği riskler göz önüne alındığında, sezaryen oranını azaltmaya yönelik sağlık politikalarına acilen gereksinim olduğunu görülmektedir. Konu ile ilgili sağlık

politikaları belirlenirken öncelikle artışın nedenlerine bakılması yol gösterici olacaktır. Sezaryen oranlarındaki artışın birçok nedeni bulunmaktadır. Özellikle aşağıda sıralanan nedenlere bağlı olarak sezaryen daha güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmeye başlanmış ve artış göstermiştir^{3,4,25}.

- Elektronik fetal monitörün kullanımının yaygınlaşması,
- Doğum boyunca fetal sağlığa ilişkin sonuçlara ulaşılabilmesi,
- Cerrahi tekniklerin gelişmesi,
- Antibiyotik ve kan transfüzyonunun kullanımı,
- Cerrahi bakım ve anestezi yöntemlerinde güvenliğin artmış olması.

Aynı zamanda yapılan bir çalışmada, sezaryen oranının artışında kadın doğum uzmanlarının, zor bir vajinal doğuma göre sezaryenle doğumda anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağına inanmalarının rolü olduğu vurgulanmaktadır²⁶.

Ayrıca anne adayları da sezaryen ile doğumu daha güvenli bir doğum şekli olarak algılayabilmektedir. Bunun nedenin ise planlı sezaryen girişimleri ile işlem zamanının doğum uzmanları tarafından belirlenmesi ve uzun eylem boyunca kadını izlemeyi gerektirmemesi dolayısıyla doğum eyleminin daha çok kontrol altında ve daha güvenli olarak algılanması belirtilmektedir²⁷.

Yukarıda görüldüğü gibi bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yanında sağlık çalışanlarının yaklaşımları sezaryen doğumun artışında önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Öyleki sağlık çalışanlarının yaklaşımları ile çiftler/kadın sezaryen doğumu daha güvenli ve ağrısız bir doğum şekli olarak benimseyebilmektedir. Dolayısı ile bu tür yaklaşımın anneye ve bebeğe getireceği sağlık riskleri göz ardı edilerek isteğe bağlı sezaryen oranının artışı neden olabilmektedir.

Vajinal ve Sezaryenle Doğum Şeklinin Tercih Edilme Nedenleri

Normal süreçte ilerleyen gebeliklerde vajinal doğum, doğum sonu dönemde iyileşmenin daha hızlı olması, bebekle iletişimin ve etkileşimin daha çabuk kurulması ve kültürel nedenlere bağlı olarak tercih edilmektedir⁵. Ayrıca vajinal doğum ülkemizde dini açıdan önerilmekte ve sezaryen sonrası fazla sayıda doğum yapılamayacağı inancı ile kadınlar aileleri tarafından zorunlu hallerde dahi vajinal doğuma teşvik edilmektedir²⁸. Buna karşın bazı kadınlar vajinal doğumu uzun, ağrılı ve korkutucu bir olay olarak tanımlamaları nedeniyle sezaryenle doğumu tercih edebilmektedir²⁹. Yapılan bir çalışmada son zamanlarda kadınların, doktorları sezaryen endikasyonu görmediği halde, önceki doğum deneyimlerinden memnun olmamaları, doğum korkularını engelleyememeleri, bebeklerinin sağlığı için endişelenmeleri gibi faktörlerden dolayı vajinal doğumu istemedikleri saptanmıştır. Ayrıca doğuma ilişkin en yaygın korkularının haznede yırtık oluşması ve onarımı olduğu belirlenmiştir³⁰.

“Tokofobi” olarak adlandırılan ve doğum korkusu nedeniyle ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk gebe kadınların isteğe bağlı (elektif) sezaryen ile doğumu tercih etmelerine neden olmaktadır.³¹ Tokofobi konusunda yapılan bir çalışmada, en az altı kadından birinin doğum yapmaktan aşırı korktuğu için hamile kalmaktan vazgeçtiğini ve düşük yaptığını ortaya koymuştur.³² Doğum korkusu genellikle doğum anında

acı çekmekten, ölmekten, aklını kaybetmekten, doğumu yaptıracak ekibe güven duymamaktan kaynaklanmaktadır. Doğumda bebeğin zarar görmesi, ölmesi, perine hasarı, epizyotomi, doğumda komplikasyon gelişmesi, kendini doğum yapabilecek yeterlilikte görmeme doğum korkusu içinde yer almaktadır^{32,33}. Tokofobik kadınlar doğum sancısı çekmemek için sezaryen ameliyatını çözüm olarak görebilmektedir³⁴. Yapılan bir çalışmada özellikle primipar kadınlarda sezaryenle doğumu tercih etme nedenleri arasında en fazla doğum ağrısına yönelik korkunun olduğu belirtilmektedir³⁵.

Kadınların sezaryen kararlarını; aile, arkadaş ve sağlık personelinin desteği, evlilik ilişkisi, eşlerin travaydaki tutumu, önceki doğum deneyimi, plansız gebelik, gebelik ve doğumla ilgili olumsuz ya da karışık duygular, iyileşme süreci, doğumda kontrol hissi, doğum şeklinin kadın için uygunluğu, istenildiği zaman uygulanır olması, gelecek planları, bebeğin güvenliği, yenidoğan bebeğin bakımı, zor travay ve sorun yaşama korkusu, ağrı, kadının doğum bilgisi ve doktor önerileri etkilemektedir^{33,36}. Yapılan çalışmalarda kadınların kararını daha çok doğum deneyimi ve olası doğumla ilgili sorunların etkilediği, kişisel inanç ve davranışların tercihte etkili olmadığı belirtilmektedir^{37,38}. Ayrıca hastaneye daha sık gitme durumları, bebekle ilgili tersliklerin yaşanması, düşük riskinin olması nedeni ile gebelikte daha çok endişe yaşayan kadınların sezaryeni tercih ettiği görülmüştür³⁹.

Son yıllarda hastanelerde isteğe bağlı sezaryen oranları artış göstermektedir. Herhangi bir tıbbi gereklilik olmaksızın anne baba adaylarının tercihleriyle 38. haftadan sonra herhangi bir günde isteğe bağlı (elektif) sezaryen uygulanmaktadır. "Elektif sezaryen" kavramı, ilk doğumunu sezaryen ile yapan kadınların sonraki gebeliğinin planlı olarak tekrar sezaryen ile sonuçlanmasına karşılık gelmekte iken günümüzde "primer elektif sezaryen" kavramı, ilk doğumunda hiçbir endikasyon olmadan kadının kendisinin tercihi ile sezaryen olması anlamında kullanılmaktadır⁴⁰. İsteğe bağlı sezaryenlerde en sık karşılaşılan neden anne adayının doğumdan korkması, uzun sürebilecek olan eylemi çekmek istememesi, bebeği en ufak bir risk altına sokmak istememesi ve vajinal doğumun uzun dönem sonrası olumsuz etkilerinden kaçınmak istemesidir⁴¹.

Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenler ise, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve buna bağlı olarak doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, psikolojik desteğin göz ardı edilmesi ve epidural anestezinin yaygın olarak kullanılmamasıdır⁴². Bunlara ek olarak, sezaryen ile yenidoğanın doğum travmasından ve vajinal doğuma bağlı olarak risk artan pelvik relaksasyon ve üriner inkontinansın korunacağı inancı da önemli nedenler arasında yer almaktadır⁴³. Sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada, bebeğin zarar görmesinden, doğum ağrısından ve daha sonra gelişebilecek pelvik relaksasyondan (pelvis destek sisteminin gevşemesi) korkma, doktor önerisi ve sosyal nedenler gibi faktörlerden dolayı kendi doğumlarında vajinal doğumu tercih etmedikleri belirlenmiştir⁴⁴. Bir diğer çalışmada ise, doğum uzmanlarının perineal yaralanmaların neden olacağı stres inkontinans, anal sfinkter yaralanması, bebeğin zarar göreceği korkusu, cinsel fonksiyonların daha fazla etkileneceği düşüncesi ve doğum zamanını belirleyememe gibi faktörler nedeniyle vajinal doğumu daha az tercih ettikleri belirlenmiştir⁴⁵. Elde edilen bu sonuçlar gerek vajinal, gerekse sezaryen ile doğumun tercih edilme nedenlerinde hem sağlık çalışanlarının hem de çiftlerin konu ile ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları göstermektedir.

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

Yukarıda belirtildiği gibi sezaryen endikasyonlarının en sık görülen sebeplerinden biri önceki sezaryen sonrası yapılan elektif sezaryendir. Gelişmiş ülkelerde sezaryenlerin yaklaşık %30'u tekrarlayan sezaryenlerdir. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı 2010 verilerine göre tekrarlayan sezaryen oranı %19.8'dir²⁴. Bu durum, 1916'da Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımının aksi yöndeki tüm çalışmalara rağmen değiştirilememesi sonucu ortaya çıkmıştır⁸. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir. Flamm ve arkadaşları (1997) sezaryen sonrası vajinal doğum uygulanan olgularda, maternal mortalitenin daha az olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca infeksiyon, hemoraji, viseral organlarda hasar, transfüzyon ihtiyacı gibi cerrahinin yol açacağı maternal komplikasyonlar ile daha az karşılaşılacağını ve hastanede kalış süresinin kısıllacağını bildirmişlerdir⁴⁶.

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği'nin (ACOG) 1998 yılındaki bildirisinde alt segment transvers kesili hastaların sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) adayı oldukları ve bu hastalara vajinal doğum önerilmesinin sezaryen oranını azaltmada etkili olacağı belirtilmiştir⁴⁷. Yapılan çalışmalarda SSVD için en uygun hastanın önceki alt segment transvers kesili, daha önce vajinal doğum yapmış ve uygun şekilde bilgilendirilmiş hasta olduğu belirtilmektedir^{48,49}. SSVD için hastanın kararını birçok faktörün etkilediği, üçüncü trimesterde hasta ile konuşulup bilgi verilirse, hastaların üçte ikisinin vajinal yolla doğumu seçtikleri belirtilmiştir⁵⁰.

Sezaryen sonrası vajinal doğum denemesinde başarı oranı; (vajinal doğuran hastalar) / (eylemin denendiği hastalar) X 100 olarak tanımlanmaktadır. Çeşitli araştırmalarda bu oran %62-90 arasında bulunmuştur^{8,46}. Sezaryen sonrası vajinal doğum denenen hastalarda en korkulan ve en ciddi komplikasyon **uterin rüptürdür**. Yapılan bir çalışmada, 1987-1994 yılları arasında daha önce sezaryen geçirmiş ve SSVD önerilmiş 20.000 hastayı inceleyen çalışmalar derlenmiş ve başarı oranlarının %75 ile %82 arasında olduğu, uterin rüptür yüzdesinin %0.2-0.8 arasında değiştiği saptanmıştır⁴⁹. Yine başka bir çalışmada daha önce sezaryen geçirmiş 6318 gebe incelenmiştir. Bu gebelerin 3249'unda SSVD denendiği, 2889'unun yeniden sezaryen olduğu görülmüştür. SSVD denenen gebelerdeki başarı oranı %60.4 (1262 gebe) ve uterin rüptür oranı %0.3 olarak saptanmıştır⁵⁰.

Ülkemizde de SSVD'ya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bir şehrimizde yapılan çalışmada; SSVD oranında giderek bir artış saptanmıştır. Çalışmada SSVD 1999'da %16, 2000'de %17.8, 2001'de %23.5 ve 2002'de ise %27.1 olarak belirlenirken , uterin rüptür oranı % 1.5 olarak belirlenmiştir.⁵¹ Başka bir şehrimizde sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri daha düşük olan bir popülasyonda SSVD'nin güvenilirliğini prospektif olarak araştıran bir çalışmada, SSVD kabullenme oranının %67.85, mortalite oranının %7.89 olarak bulunduğu, sadece bir olguda 2 cm uterin rüptür tespit edildiği, ancak hastanın takibinde problem olmadığı için sessiz rüptür olarak kabul edildiği bildirilmiştir.⁹ Başka bir prospektif çalışmada da, perinatal mortalitenin gözlenmediği, perinatal morbiditenin %13 olduğu, uterin rüptür oranının ise %2.4 olduğu belirtilmiştir.¹⁰

Göynüner ve arkadaşlarının(2006) yaptığı bir çalışmada; sezaryen sonrası vajinal doğum yapan olgular ile sezaryen sonrası elektif sezaryen yapılan olgular incelenmiştir.

Bu retrospektif çalışmada sezaryen sonrası vajinal doğum yapan olgu sayısı 55 olarak tespit edilmiştir. Sezaryen sonrası vajinal doğum yapan grupta; oksitosinle doğum yapanlarla spontan doğum yapanlar arasında uterin komplikasyon (kollom laserasyonu, rüptür, atoni) açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Canlı-ölü doğum oranlarına ve apgar skorlamalarına bakıldığında, elektif sezaryen olan grup ile sezaryen sonrası vajinal doğum gerçekleşen grup arasında fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada uterin rüptür görülme oranı sezaryen sonrası vajinal doğum yapan grupta daha yüksek izlenmiştir⁵².

Sezaryen sonrası vajinal doğum, dikkatli seçilmiş kadınlarda çoğu zaman başarılı ve güvenli bir işlemdir. Daha önce sezaryen geçirmiş uygun hastalara vajinal doğum şansı verilmelidir, ancak iki seçenekte risksiz değildir. Tekrarlayan sezaryene göre başarılı SSVD daha az morbiditeye sahiptir. Çünkü daha az kan transfüzyonu ve daha az postpartum enfeksiyon riskine, daha kısa hastanede kalma süresine sahiptir ve perinatal mortalitede artış meydana gelmemektedir⁵³. Sezaryen sonrası vajinal doğum uygulaması için merkezlerin koşulları, ekibi ve deneyimi önemlidir. Anne adayları sezaryen sonrası vajinal doğuma istekli değilse, uygun olan sezaryen sonrası doğumun tekrar sezaryen ile gerçekleşmesidir⁵⁴.

Vajinal doğum için önceki yıllarda, sezaryenden daha düşük ödeme yapılması, tekrar bir sezaryenin daha kısa zamanda yapılması ve istenilen zamanda uygulanması sezaryeni doktorlar için cazip hale getirmiştir. Bu nedenle yurt dışında vajinal doğuma daha yüksek bir ödeme yapılarak özendirme politikası uygulanmaktadır. Sigorta şirketleri ve hükümet tarafından sezaryen sonrası vajinal doğum için doktora sezaryen doğuma ödenenden %20 daha fazla ödeme yapılmaktadır. Sezaryen sonrası vajinal doğumu özendirmek için yapılan ödül / ceza faktöründe, sezaryen sonrası vajinal doğum için kadına hastanede kaldığı her fazla gün için geri ödeme yapılmaktadır. Bu faktörlerin etkisiyle sezaryen sonrası vajinal doğum isteği artmaktadır⁵⁵.

Sezaryen sonrası vajinal doğum kavramı ülkemiz için oldukça yenidir. Pek çok doktor bu fikre sıcak bakmamakta ve "bir kez sezaryen her zaman sezaryen" söyleminden uzaklaşmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde sezaryen sonrası vajinal doğumun yaygınlaşması için uzun zaman gerekmektedir⁴². Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın girişimleriyle sertifika programlarının oluşturulması ve sağlık politikasında normal doğuma özendirme çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmalardan birisi, sezaryen oranlarının kurumsal performans kriterleri arasına konulmasıdır. Sezaryen oranlarını düşürmek ve normal doğuma yönlendirmek amacıyla belirlenen bu kritere göre, hastanede gerçekleştirilen sezaryenle doğum oranları hastanenin performansında gösterge olarak kabul edilecektir. Yeni düzenlemeye göre vajinal doğum yaptıran hekime 180 puan verilirken, sezaryen doğum yaptıran hekime 157 puan verilecek ve böylece vajinal doğum yaptıranların %50 daha fazla ücret alması sağlanacaktır. Hastanelere ödenen doğum paket fiyatlarında da normal doğum lehine bir düzenlemeye gitme kararı alınmıştır. Böylece kolay ve ücreti yüksek olduğu için tercih edilen sezaryen doğum yönteminin sadece tıbbi gereklilik halinde uygulanması hedeflenmektedir⁵⁶. Ayrıca uygulamada birlikteliğin sağlanması ve hekimlerin klinik pratiklerinde yol gösterici olması amacıyla Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nin iş birliğinde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Programı Bilim Kurulu

tarafından 2007 yılında “Doğum Eylemi Yönetim Rehberi ” hazırlanmıştır. Bu rehber 2010 yılında tekrar revize edilmiş ve adı “Doğum ve Sezaryen Eylemi Rehberi” olarak değiştirilmiştir. Rehberde, uygulamaya yönelik temel öncelikler de yer almış, buna göre sezaryen ile doğumun cerrahi bir girişim ve tıbbi gerekçelerle yapılmasının esas olduğu ve vajinal doğumun alternatifi olmadığı, uygun olan vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğumun önerilebileceği vurgulanmıştır⁵⁷. Konu ile ilgili olarak yapılan bu olumlu politik karar ve uygulamalar hiç kuşkusuz ülkemizde sezaryen doğum oranını DSÖ’nün uygun gördüğü düzeye getirmede önemli adımlardır. Ancak özellikle ebelik başta olmak üzere, tıp ve hemşirelik alanında mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde konuya ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Doğum Şekline Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü

Perinatal dönem, gebeliğin 20. haftasında başlayan ve yenidoğanın yaşamının ilk haftasına kadar geçen süreyi kapsar⁵⁸. Perinatal bakımın genel amacı; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir⁵⁹. Dolayısıyla perinatal dönemin sonunda sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olabilmek için etkili hemşirelik bakım hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu hizmetler ise geniş ölçüde eğitim, destek ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir. Hemşirelerin bu alanlarda bilgili ve donanımlı olmaları dar anlamda kadın sağlığının, geniş anlamda ise aile ve toplum sağlığının yükseltilmesi açısından önemlidir.

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için annenin bu dönemlere hazırlığı ve uyumu önemlidir. Bu gereksinimlerin tanınması bireyin yakından gözlemi ve izlemi ile mümkündür. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliğinin yanı sıra perinatal dönem boyunca kadının yanında sürekli olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Bu nedenle gebe kadın ve ailesinin, doğum şekline karar vermelerinde sağlık çalışanları içinde hemşirelerin rolü ayrıca önem taşımaktadır.

Hemşireler perinatal dönemde gebe kadını ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak doğum şekline karar vermelerine yardımcı olabilmektedir. Doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirilmiş olan gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştırmaktadır. Eğitim, danışmanlık ve savunuculuk hizmetleri hemşirelerin en önemli rolleri arasında bulunmaktadır. Mesleğin etik ilkeleri göz önüne alındığında hemşireler gebe kadınları ve ailelerini yeterli ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı, karar vermesi gerektiğinde kişiyi desteklemeli, kararına saygı duymalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir.¹

Hemşireler gebe kadınları gebeliği süresince yakından değerlendirirken bilgi gereksinimlerini de göz önünde bulundurmalıdır. Eğitim hizmetini çiftlerin/gebelerin doğum şekilleri konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerine ve bilgilerindeki eksikliklere ve yanlışlıklara göre planlamalıdır. Tüm seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerini çiftlerle/ kadınla tartışmalı, çiftlerin/kadının kendisi için uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmalıdır. Şayet herhangi bir riskli durum varsa ve çiftlerin/gebe kadının tercihi dışında bir yöntem uygulanacaksa bu konuda bilgi verilmeli, nedenleri

uygun bir dilde ifade edilmelidir. Gebe kadının doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini paylaşabilmeli, duygularını ifade edebileceği ortamları oluşturmalarıdır.

Doğum eylemi sırasında da kadının yanında bulunmalı, ihtiyacı olan bakımları vermeli, eylemle baş etmede olumlu geribildirimler vererek kadını cesaretlendirmeli, eylemle kadının aktif katılımını sağlamalıdır. Böylece kadının kendine olan güveninde artış sağlanabilecektir. Hemşireler uygulanacak her işlemde önce çiftlere ve kadına bilgi vermelidir. Eylemin fizyolojisi ve patolojileri hakkında yeterli bilgiye sahip olan bir hemşirenin eylemde normalden sapan durumları en kısa sürede belirleyerek ve uygun girişimlerin zamanında yapılmasını sağlayıp anne ve bebek için yaşam kurtarıcı rolü olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar, sezaryen ile doğumun hem kadın hem de bebeğinin sağlığını tehdit eden bir durum varlığında tercih edilmesi gereken bir doğum şekli olarak belirtmekte ve sezaryen ile doğum oranının tüm dünyada giderek artış gösterdiğine dikkat çekmektedir. Bu artışta doktor ya da kadının isteğine bağlı sezaryen olma oranı önemli bir paya sahiptir. İsteğe bağlı sezaryende özellikle sağlık çalışanlarının "bir sezaryen hep sezaryen yaklaşımını" benimsemesi, çiftlerin/kadının bilgi yetersizliği ya da kadının korkuları ön plandadır. Ancak sezaryen doğumun komplikasyon riski, normal vajinal doğuma göre daha yüksek bulunmakta ve maliyet etkin bir tıbbi uygulama olarak görülmemektedir. Bu sonuçlara dayanarak; başta doğum hizmetini veren tüm sağlık çalışanları olmak üzere doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelere/ çiftlere konuya ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetinin planlanması ve uygulanması önerilir. Ayrıca hemşirelerin ebelerle birlikte maliyet etkin bir yaklaşım olarak normal doğuma özendirici uygulamaların hayata geçirilmesine öncülük etmesi ve sağlık politikalarına yön vermeleri önerilir.

Kaynaklar

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. V. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2002.
2. Littleton LY. Maternal, Neonatal and Woman's Health Nursing. New York: Delmar Thomson Learning, 2002.
3. Park CS, Yeom SG, Choi ES. study of subjectivity in the perception of cesarean birth. Nursing and Health Sciences 2005; 3-8.
4. Konakçı S, Kılıç B. Sezaryen ile doğumlar artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002;8(11): 286-88.
5. Aslam MF, Gilmour KR, Fawdry DS. Who wants a caesarean section? A Study of Woman's Personal experience of vaginal and caesarean delivery. journal of Obstetrics and Gynaecology 2003;23(4): 364-66.
6. Radobugh S. Cesarean birth: reducing incidence while improving Outcomes. AWHONN 1999;3(1):29-34.
7. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006;3(4):249-254.
8. Rosen M, Dickinson J. Vaginal birth after cesarean section: meta-analysis for indicators of success. Obstetrics and Gynecology 1990;76:865-69.
9. Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M. Sezaryen sonrası vajinal doğumun güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2001;11:224-7.

10. Güngör ES, Ertaş E, Moröy P, Çelen Ş, Danişman N, Mollamahmutoğlu L. Sezaryen sonrası vajinal doğum:güvenli midir?. Perinatoloji Dergisi 2005;13(4):208-12.
11. Dölen İ, Gökçü M. Sezaryen ve etik. Kadın Doğum Dergisi 2002; 1(1), 12-15.
12. Tekirdağ Aİ, Cebeci R. eğitim hastanesinde sezaryen oranları. JOPP Derg 2010;2(1):21-26.
13. World Health Statistics 2010; URL: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10.29/12/2011.
14. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2003.
15. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara:2008.
16. Gül A, Şişme Y. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1996-1998 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Perinatoloji Dergisi 1998;6:10-12.
17. Seven M, Özyurt ON, Karacaoğlu MÜ, Çelikdelen B, Savan K, Yıldırım B. Sezaryen oranları, endikasyonları ve perinatal morbidite-mortalite. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 1997;11:112-15.
18. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yıllık İstatistikleri 2001: URL: <http://med.ege.edu.tr/tr/stats.html> . 05/08/2005.
19. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altındaş A, Mert M. 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. Perinatoloji Dergisi 2000;8: 3-4.
20. Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. Dicle Üniversitesinde 20 Yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 1992 ; 3:37-39.
21. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001 - 2005 yılları arasında Sezaryen oranı ve endikasyonları. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2006 ; 3 : 249-254.
22. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. Marmara Medical Journal 2009;22(2):104-110.
23. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. TJOD Dergisi 2007 ; 4: 168-172.
24. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010: URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html>. 29/12/2011.
25. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing cesarean section rate in South Brazil: A comparison of two birth cohorts 1978-1979 and 1994. International Journal of Epidemiology 1999;28:687- 694.
26. İğde FA. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13(4): 137-9.
27. Konakçı SK, Kılıç B. İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji 2004;14:88-95.
28. Önderoğlu L, Karamürsel BS, Taşkıran Ç. Obstetrikal Operasyonlar:Sezaryen; "Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi". (Ed. Güner,H.), Güneş Kitabevi,;2005:1549-80.
29. Oweis A, Abushaikha L. Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. International Journal of Nursing Practice 2004;10: 264-271.
30. Ryding EL. Investigation of 33 woman who demanded a cesarean section for personal reasons. Acta. Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica 1993;72: 280- 85.
31. Thampson J, Roberts L, Currie M, Ellwood D. Prevalence and persistence of health problems after childbirth. Associations With Parity and Method of Birth 1992;22(2):159-62.
32. Galotti KM et al., Midwife or Doctor: A study of pregnant woman making delivery decisions. Journal of Midwifery & Women's Health 2000;45(4):320-29.
33. Osis MJD et al. The opinion of brazilian women regarding vajinal labor and ceserean section. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001;75(1): 559-66.

34. Neushaus W et al. Prenatal expectation and fears in pregnant woman. *Journal Perinatal Medicine* 1994;22:409-14.
35. Gozukara F, Eroğlu K. Primigravidadaların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler *Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;15(1):32-46.
36. Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section incidence and associated factors. *Birth* 2001;28(2): 101.
37. Fawcett J, Tulman L, Spedden JP. Responses to vaginal birth after cesarean section. *JOGNN* 1994;23(3): 253-9.
38. Kombos JA. Beliefs, attitudes, subjective norms and interventions of woman choosing between a scheduled repeat cesarean section or an attempt at a vaginal birth. The University of Toronto 1991.
39. Hildingsson I et al. Few woman wish to be delivered by cesarean section. *International Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002;109(6): 618.
40. Thulman I, Fawcett J, Grablewski L. Silberman changes in functional status after childbirth nursing *Research* 1990;39(2):68-71.
41. Berghold T et al. Personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2004.
42. Jackson NV, Irvine LM. Influence of maternal request on the elective cesarean section rate. *Journal of Obstetric Gynecology* 1998;18(2):115-19.
43. Sayın C, Berberoğlu U, Varol FG. Sezaryenle Doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi* 2004;18: 82-88.
44. Al-Müfti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetrician's personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996;347-54.
45. Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton JC, Cole S. Is a rising cesarian section inevitable?. *BJOG* 1996;105: 45-52.
46. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery:an admission scoring system. *Obstet Gynecol* 341 1997; 90: 907- 10.
47. American College of Obstetricians and Gynecologists: Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery, Washington DC American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin* 1998,No:2.
48. Martins ME. Vajinal birth after delivery. *Clinic Perinatology* 1996;23:141.
49. Turner MJ. Delivery after one previous cesarean section *american journal of obstetric and gynecology* 1997:176, 741.
50. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *New England Journal Medical* 1996;335: 689.
51. İngeç M, Kumtepe Y, Özdiller O, Coşgun S, Kadanalı S. Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji* 2002;14: 96-100.
52. Göynümer FG, Temel M, Şahin S, Naki M, Kepkeç K. Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Perinatoloji Dergisi* 2006; 14(4): 176-182.
53. Himmetoğlu Ö, Demirtürk F. Sezaryen: Güncel değerlendirme ve kabul edilebilir sezaryen oranlarının sağlanması yönünde öneriler. *Klinik Bilimler &Doktor* 2003;4(9): 516-23.
54. Kömürcü N, Gençalp N. Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002;5(1):78-82.
55. Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rise:Are patients sicker. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;191: 800-803.

56. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2010. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11554/saglikta-performans-ve-kalite-yonergesi.html>. 29.12.2011.
57. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10494/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberi--2010--42.html>. 29.12.2011.
58. Coşkun A. Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. Perinatoloji Dergisi 1996;4(3): 181-4.
59. Ouimette J. Perinatal Nursing Care of High-Risk Mother and Infant. Boston: Jones and Barlett Publishers 1986:3-17.