



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

HDK-YL-2015-0004

**GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİNE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE
TERCİHLERİ**

Emine YÜKSEL YAKUT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2015-0004

GEBELERİN DOĞUM ŞEKLİNE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE
TERCİHLERİ

EMİNE YÜKSEL YAKUT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine YÜKSEL YAKUT tarafından hazırlanan “Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri” başlıklı tez, 27/08/2015 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Ünvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmzası</u>
Prof. Dr. Ümran SEVİL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Prof. Dr. Hasan YÜKSEL	ADÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	MSKÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun..... sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

09100- AYDIN

Santral : (256) 218 20 00

Direk Telefon: 218 20 44

***Fax : (256) 218 20 44**

ÖNSÖZ

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte, kadınlar için önemli bir stres kaynağıdır. Kadınlar, gebelik süresince doğum şeklinin nasıl olacağı ile ilgili büyük endişe ve korku yaşarlar. Anne adayı kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla beklerken, annelik içgüdülerini ve bir canlı dünyaya getirmenin gururunu da bir arada yaşar.

Sağlıklı bir gebelik ve doğum sürecinin geçirilmesi ve sonrasında sağlıklı bebek sahibi olma, aile ve toplum sağlığını olumlu etkileyecektir. Aile ve toplumun mutluluğu, sağlıklı, mutlu gebeler ve çocukların varlığı ile sağlanacaktır. Kadınlara, gebelikten itibaren doğum şekli hakkında bilgi verebilmek için öncelikle onların bu konudaki görüşleri belirlenmelidir. Gebelerin doğum şekli ve tercihlerine ilişkin elde edilen bilgiler dikkate alınarak, var olan eğitim programları yapılandırılabilir, böylece normal ve doğal doğumların gerçekleşmesine katkıda bulunulabilir.

Son yıllarda normal doğumları artırmak ve sezaryen oranlarını azaltmak için dünya çapında ve ülkemizde stratejiler ve politikalar geliştirilmiş ve uygulamaya geçirilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınladığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi ile normal doğumların artırılması ve sezaryenin azaltılmasına yönelik stratejiler belirtilmiştir. Bu stratejilerin hayata geçirilmesinde toplumun ve özellikle anne adaylarının doğum şekli hakkında eğitilmesi ve bilinçlendirilerek özgüvenlerinin artırılması son derece önemlidir.

Araştırmalar, normal doğuma yönelik eğitim/bilgilendirmenin sezaryen oranlarını azalttığını ve tercihlerin normal ve doğal doğumlara kaydığını göstermektedir. Doğum tercihinde sağlık personeli, gebe ve eşlerden kaynaklanan çeşitli faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Çalışmalarda kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiği, bunu anne, eş, yakın akraba ve kayınvalidesinin takip ettiği belirtilmektedir. Bunun yanında, kadınlar genellikle doğum şekline eşleriyle birlikte karar vermek istemektedirler.

Bu görüşlerden ve bilgilerden hareketle Gaziantep ili Yavuzeli ilçesinde gerçekleştirilen çalışma, anne adaylarının doğum şekli tercih ve gereksinimlerine yönelik yeni ve bilimsel bilgiler elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Elde edilen verilerin

paylaşılması ile gebelere yönelik sürdürülen doğuma hazırlık sınıfları ya da gebe sınıflarında düzenlemeler yapılmasına da katkı sağlaması umulmaktadır.

Kendi gebelik sürecimdedesağlık personeli olmama rağmen, ilk andan itibaren nasıl bir doğum yapacağım ve doğum şekli hakkında büyük kaygılar yaşadım. Sezaryen ile gerçekleşen doğumumda, gebelik sürecinin başından itibaren doğum şekli hakkında bilgi almak ve sağlık personelinin beni yönlendirmesine gereksinim duydum. Gebelikteki olumsuz etkilenmelerin, sadece içinde bulunulan dönemi değil, sonraki gebeliği ve kadın ile birlikte çevresindeki kişileri de olumsuz etkileyeceği bilinen bir gerçektir. Bu nedenle çalışmanın, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan hemşire ve ebe olmak üzere tüm sağlık personelinin kadınlara doğum hakkında olumlu tutum ve davranışlar kazandırması için sunacakları hizmetler konusunda yol göstereceğini umuyorum. Yapılan bu çalışma sonuçlarının gebe ve adayları ile sağlık personeline ve bu alanda eğitim alan öğrencilere yararlı olmasını da umuyorum. Bu çalışmanın gebelerin dili olması ve normal-doğal doğum yolunda adım atmalarına katkı sağlaması dileğimle...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
EKLER DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2.1. Hipotezler.....	4
1.3. Genel Bilgiler.....	5
1.3.1. Normal Doğum.....	5
1.3.1.1. Tanımı.....	5
1.3.1.2. İnsidansı.....	5
1.3.1.3. Yararları	5
1.3.2. Müdahaleli Vajinal Doğum.....	6
1.3.2.1. Vakum Ekstraksiyonu.....	6
1.3.2.1.1. Vakum Uygulama Kriterleri.....	7
1.3.2.1.2. İnsidans.....	8
1.3.2.1.3. Endikasyonları.....	8
1.3.2.1.4. Kontrendikasyonları.....	8
1.3.2.1.5. Komplikasyonları.....	8
1.3.2.2. Forseps Uygulaması.....	9

1.3.2.2.1. İnsidansı.....	10
1.3.2.2.2. Endikasyonları.....	10
1.3.2.2.3. Kontrendikasyonları.....	10
1.3.2.2.4. Komplikasyonları.....	10
1.3.2.3. Epizyotomi Uygulaması.....	10
1.3.2.3.1. Epizyotomi Uygulama Kriterleri.....	11
1.3.2.3.2. İnsidansı.....	11
1.3.2.3.3. Endikasyonları.....	12
1.3.2.3.4. Komplikasyonları.....	12
1.3.3. Sezaryen.....	13
1.3.3.1. İnsidansı.....	13
1.3.3.2. Endikasyonları.....	15
1.3.3.3. Kontrendikasyonları.....	15
1.3.3.4. Komplikasyonları.....	16
1.3.4. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum.....	16
1.3.5. Suda Doğum.....	17
1.3.5.1. Tanımı.....	17
1.3.5.2. Uygulama Kriterleri.....	18
1.3.5.3. Endikasyonları.....	18
1.3.5.4. Kontrendikasyonları.....	18
1.3.5.5. Yararları.....	18
1.3.5.6. Komplikasyonları.....	19
1.3.6. Doğal Doğum.....	19
1.3.7. Ağrısız Doğum.....	21
1.3.7.1. Endikasyonları.....	22
1.3.7.2. Kontrendikasyonlar.....	22

1.3.7.3. Yararları.....	22
1.3.7.4. Riskleri.....	23
1.3.8. Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihlerinde Etkili Olan Faktörler.....	23
1.3.8.1. Normal Doğumu Tercih Etme Nedenleri.....	23
1.3.8.2. Sezaryen Doğumu Tercih Etme Nedenleri.....	25
1.3.9. Doğum Şekli Tercihinde Hemşirenin Rolü.....	26
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
2.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	29
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	29
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	31
2.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	31
2.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	31
2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması.....	31
2.6.1. Veri Toplama Araçları.....	31
2.6.1.1. Ön Uygulama.....	31
2.6.2. Verilerin Toplanması.....	31
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
2.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	32
2.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	32
2.8. Araştırmanın Güçlükleri.....	32
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
2.10. Araştırmada Etik.....	33
3. BULGULAR.....	34

3.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34
3.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	34
3.1.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	35
3.1.3. Gebelerin Son Doğumları İle ilgili Özellikleri.....	36
3.1.4. Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Bilgileri.....	37
3.2. Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Görüş ve Tercihlerine İlişkin Bulgular.....	39
3.2.1. Gebelere Göre Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekli.....	39
3.2.2. Gebelere Göre Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyecek Kişiler.....	41
3.2.3. Gebelere Göre Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiler.....	41
3.2.4. Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	42
3.3. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	44
4. TARTIŞMA.....	53
4.1. Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihlerinin Tartışılması.....	53
4.2. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Tartışması.....	56
4.2.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması.....	56
4.2.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması.....	60
4.2.3. Gebelerin Son Doğumları İle İlgili Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması.....	62
4.2.4. Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Bilgilerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması.....	63
4.2.5. Gebelerin Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerine ve Şimdiki Gebeliklerinde Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumuna Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin	

Tartışılması.....	64
4.2.6. Gebelerin Doğum Şekli Tercihini Etkileyecek İlk Üç Kişiyeye Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması.....	65
4.2.7. Gebelerin Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiyeye İlgili Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması	66
4.2.8. Gebelerin Şimdiki Gebelikte Doğum Yapmak İstedikleri Yer ve Doğumlarını Yaptırmak İstedikleri Kişiyeye Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması.....	66
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
5.1. Sonuç.....	68
5.1.1. Gebelerin Doğum Şekli İle ilgili Görüş ve Tercihlerine Yönelik Sonuçlar.....	68
5.1.2. Gebelerin Tercih Ettikleri Doğum Şeklini Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar.....	69
5.1.2.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar.....	69
5.1.2.2 .Gebelerin Son Doğumları İle İlgili Özelliklerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar.....	69
5.1.2.3. Gebelerin, Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar.....	69
5.1.2.4. Gebelerin, Şimdiki Gebelikte Doğumlarını Yaptırmak İstedığı Kişinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar.....	70
5.2. Öneriler	71
ÖZET.....	73
SUMMARY.....	74
KAYNAKLAR	75
ÖZGEÇMİŞ	95

TEŞEKKÜRLER.....	96
EKLER.....	97

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSEYR	: Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
SSVD	: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
CIMS	: Coalition for Improving Maternity Services (Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu)
MCFI	: Mother Friendly Childbirth Initiative (Anne Dostu Doğum Girişimi)
DÖBYR	: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi
UNICEF	: The United Nations Children's Fund
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
NSVD	: Normal Spontan Vajinal Doğum
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TAYA	: Türkiye Aile Yapısı Araştırması

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.3.1.	Araştırmayla İlgili İşlemler ve Zamanı.....	30
Çizelge 2.4.1.	Araştırmanın Yapıldığı Mahalleler İle Örnekleme Alınan ve Ulaşılan Gebe Sayıları.....	30
Çizelge 3.1.1.1.	Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	34
Çizelge 3.1.2.1.	Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	35
Çizelge 3.1.3.1.	Gebelerin Son Doğumları İle İlgili Özellikleri.....	36
Çizelge 3.1.4.1.	Gebelerin Doğum Şekline Yönelik Bilgileri.....	37
Çizelge 3.1.4.2.	Gebelerin Doğum Şekline Yönelik Bilgi Alma İstekleri....	38
Çizelge 3.2.1.1.	Gebelere Göre Kadınların Tercih Etmeleri Gereken Doğum Şekli.....	39
Çizelge 3.2.1.2.	Gebelere Göre Kadınların Tercih Etmemeleri Gereken Doğum Şekli.....	40
Çizelge 3.2.1.3.	Gebelere Göre Çevredeki Kadınların Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	40
Çizelge 3.2.2.1.	Gebelere Göre Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyecek İlk Üç Kişi.....	41
Çizelge 3.2.3.1.	Gebelere Göre Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiler.....	41
Çizelge 3.2.4.1.	Gebelerin Şimdiki Gebelikleri İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenleri.....	42
Çizelge 3.2.4.2.	Gebelerin Şimdiki Gebelikleri İçin Tercih Etmedikleri Doğum Şekli ve Nedenleri.....	43
Çizelge 3.2.4.3.	Gebelerin Doğum Yapmak İstedikleri Yer ve Kişi Tercihleri.....	43
Çizelge 3.3.1.	Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	44
Çizelge 3.3.2.	Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	46
Çizelge 3.3.3.	Gebelerin Son Doğumları İle ilgili Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	47
Çizelge 3.3.4.	Gebelerin Doğum Şeklini Bilme Durumu ve Bilgi Alma	48

	İsteklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	
Çizelge 3.3.5.	Gebelerin, Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	49
Çizelge 3.3.6.	Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyecek İlk Üç Kişiyile İlgili Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	50
Çizelge 3.3.7	Gebelerin Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiyile İlgili Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	50
Çizelge 3.3.8.	Şimdiki Gebelikte Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumuna Göre Gebelerin Tercih Ettikleri Doğum Şekli..	51
Çizelge 3.3.9.	Gebelerin Şimdiki Gebelikte Doğum Yapmak İstedikleri Yer ve Doğumlarını Yaptırmak İstedikleri Kişiyile Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli.....	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil. 1.3.2.1.1	Vakum Ekstraksiyonu.....	7
Şekil. 1.3.2.2.1.	Forseps Türleri.....	9

EKLER DİZİNİ

Ek 1.	Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	97
Ek2.	Soru Formu	100
Ek 3.	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı İzin Yazısı.....	106
Ek4.	Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı.....	107
Ek 5.	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı uygunluk Onayı Yazısı.....	108

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kültürlerin çoğunda yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen gebelik ve doğum bedeninin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Doğum, aynı zamanda anne ve baba adayları için çok özel ve yaşamlarındaki en güzel deneyimlerden biridir (Çoker 2009, Taşkın 2014). Bu güzel deneyim en iyi normal ve doğal doğumlarla yaşanmaktadır (Darra 2009, Hotelling 2009). Ancak, 1990'lı yıllardan günümüze kadar çeşitli nedenlerle normal doğumdan uzaklaşmış ve tercihler sezaryen doğuma kaymıştır (Todman 2007, Khan 2008, Özkan ve ark 2013, Yıldırım ve ark 2015).

Sezaryen doğumlar dünyada %16 oranında iken, az gelirli ülkelerde %6, Afrika'da %4 ve düşük orta gelirli ülkelerde %9'a düştüğü, Avrupa'da %23, Amerika'da %36, üst orta gelirli ülkelerde %31 ve yüksek gelirli ülkelerde %30'a yükseldiği görülmektedir (WHO 2013). Ülkemizde ise kadınların %28-56'sı sezaryen ile doğum yapmaktadır (Şahin ve ark 2009, Ceylan ve ark 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı 2012a, Özkan ve ark 2013, Yanikkerem ve ark 2013). Türkiye'de sezaryen oranlarının yıllar içinde arttığı bilinen bir gerçektir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre 1993'te %7.7 olan sezaryen oranı 2008'de %36.7'ye (AkadlıErgöçmen ve ark 2009), 2011'de %47'ye (Sağlık Bakanlığı 2011) ve 2013'te %48'e yükselmiştir (AkadlıErgöçmen ve ark 2014). Sezaryen oranları özel hastanelerde %68 ve üniversite hastanelerinde %63 dolayındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Sezaryen oranları bölgelere göre de değişim göstermekte olup, Batı Marmara'da %66.3, Ege Bölgesi'nde %56.4 ve Gaziantep'in yer aldığı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde %32.1'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012a, AkadlıErgöçmen ve ark 2014). Oysa, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranlarının %5-15 arasında olmasını önermektedir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı bu oranı kabul etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012b).

Araştırmalar, aslında kadınların normal doğumu %56-86 (Gözükara ve Eroğlu 2008, Karabulutlu 2012, AkadlıErgöçmen ve ark 2014), isteğe bağlı sezaryeni ise %4-24 arasında (Bektaş 2008, Gözükara ve Eroğlu 2008, Sayiner ve ark 2009, Yanikkerem ve ark 2013) tercih ettiklerini göstermektedir. Son yıllarda artan sezaryen oranlarını azaltmak için dünya çapında ve ülkemizde stratejiler ve politikalar geliştirilmiş ve uygulamaya geçirilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınladığı Doğum ve

Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (DSEYR)'nde normal doğumların artırılması ve sezaryenin azaltılmasına yönelik stratejiler belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Sağlık personeli ve gebelere yönelik eğitim programlarının yaygınlaşması, sezaryen sonrası vajinal doğumların daha çok uygulanması, normal doğumun özendirilmesi ve normal doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması ile birlikte normal doğumlara ilgi artmaya başlamıştır. Artık kadınlar doğumlarını yönetmek ve doğumlarının merkezinde olmak, doğum ağrıları ile ilaçlar dışında kendi yöntemleri ile baş ederek güzel bir doğum deneyimi yaşamak istemektedirler (Darra 2009, Hotelling 2009, AWHONN 2011, Coşar ve Demirci 2012).

Gebelik ve doğum eylemi, kadınlar için fiziksel ve duygusal etkileri olan önemli bir yaşam deneyimi olmakla birlikte (Barnett 2008, Khresheh 2010, AWHONN 2011), kadınlar gebelik sırasında sıklıkla doğum, yeni yaşam biçimi ve sorumluluklarla ilgili karmaşık duygular hissetmektedirler. Aslında, doğum korkusu ve doğumla ilgili ambivalan duygular gebelik sürecinin normal bir parçasıdır (Kasai ve ark 2010). Bu süreçte gebe bir kadın, gebeliğin son aylarında doğum şekli konusunda karar vermeye odaklanır. Gebe bir kadının bu dönemdeki primer sorunu nasıl doğum yapacağıdır ve bu süreçte anksiyete yaşamaktadır (Moffat ve ark 2007, McCourt ve ark 2007, Okumuş ve ark 2009). Doğuma ilişkin yoğun duygu ve endişelerin yaşandığı bu karmaşık süreçte, karar verilmesi gereken önemli konulardan biri kadının doğum şeklidir. Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa vajinal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedirler (Todman 2007, Gözükara ve Eroğlu 2008, Sayiner ve ark 2009).

Gebenin istediği doğum şekline karar vermesinde çok çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bazı araştırmalar doğum hakkındaki korkunun, daha önce sorunlu bir doğum deneyimi yaşamamanın, klinik ya da obstetrik komplikasyonların, doğum yöntemine karar verme sürecinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Duman ve ark 2007, MacDorman ve ark 2008, Fenwick ve ark 2010). Ağrı yönetimi, doğum konforu, yenidoğan bakımı, ilaçlar, kültürel durumlar, destek veren kişiler, epizyotomi veya invazif girişimler ve acil durumlar doğum şekline karar vermede etkili olan diğer hususlardır (Deering ve ark 2006, AWHONN 2010, Hadar ve ark 2012). Gebeler karar verme sürecinde eşleri, aileleri ve arkadaş çevreleri gibi faktörlerden de etkilenebilmektedir (Önderoğlu ve ark 2005). Kadınlar ve eşlerinden kaynaklanan nedenler arasında doğum korkusu (Serçekuş ve Okumuş 2009, Yanikkerem Uçum ve ark 2010, Ayers ve ark 2014), normal doğumun zor olduğu yanılgısı (Duman ve ark 2007, Gözükara ve Eroğlu 2008,

Danso ve ark 2009, Büyükbayrak ve ark 2010), doğum konusunda yeterince bilgilendirilmeme (Söderquist ve ark 2002, Ford ve Ayers 2009, Boorman ve ark 2014), doğumhane koşullarının uygun olmaması (Türk Tabipleri Birliği 2012) ve sağlık personelinin annelere yönelik psikolojik desteği göz ardı etmesi (Ford ve Ayers 2009, Haines ve ark 2013, O'Donovan ve ark 2014, Ayers ve ark 2014) sayılabilir. Gözükara ve Eroğlu (2008), kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiğini, karar verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden etkilendiğini belirtmektedir. Bunların yanında medya ve sağlık personeli (Ryding 1993) ile kadınların eşleri, aileleri ve arkadaş çevreleri de doğum tercihlerinde etkili olan önemli faktörlerdir (Önderoğlu ve ark 2005, Romero ve ark 2012).

Burada önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır (Erenus ve Rathfisch 2014). Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştırmakta ve daha sağlıklı ve doğru tercih yapmalarını sağlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Gözükara ve Eroğlu 2011, Taşkın 2014). Hemşireler, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadınların doğum tercihlerinde doğru karar vermelerine ve gereksiz yapılan sezaryen doğumların önlenmesine katkıda bulunarak kadın sağlığının yükseltilmesinde önemli rol oynayabilirler (Önderoğlu ve ark 2005, Gözükara ve Eroğlu 2008, AWHONN 2010). Bu süreçte perinatal bakım veren kişilerin emir verici olmamaları, bilgilendirici olmaları, karar verme sürecinde gebeleri desteklemeleri ve eşlerin birlikte katıldığı ve karar vermelerini kolaylaştırıcı ortamları sağlamaları önerilmektedir (Gökçe İşbir ve İnci 2014).

Ülkemizde sezaryen oranlarının 2017 yılında %27'ye, 2023 yılında ise %20'ye düşürülmesi ve normal ve doğal doğumların artırılması hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012b). Bu nedenle doğum konusunda kadınlara verilecek destek ve bilgilendirme ile onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilir. Bunun için gebelerin özellikle son trimesterde normal ve hatta doğal doğum olmak üzere tüm doğum şekilleri konusunda yeterince bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri gerekir (Önderoğlu ve ark 2005, Todman 2007, Romero ve ark 2012). Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu nedenle, özellikle kalkınmada öncelikli bölgeler olan Doğu ve Güneydoğu'ya önem verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı

2010). Doğum şekli tercihlerinde kültürel özellikler farklılıklar gösterebilmektedir. Annelere doğum şekli hakkında bilgi verebilmek için öncelikle doğum şekli tercihleri ile bu konudaki görüşlerinin irdelenmesi gerekmektedir. Bu bilgiler dikkate alınarak gebeliğin erken dönemlerinden itibaren onların kabul edebileceği, etkili eğitim programları hazırlanabilir ve gereksiz sezaryenler azaltılarak gebelerin tercihlerini normal ve doğal doğumlar yönünde kullanmaları mümkün olabilir. Bu nedenle araştırma, gebe kadınların doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, Gaziantep'in Yavuzeli ilçe merkezindeki birinci basamak sağlık kurumunda bulunan gebe kadınların doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.2.1. Hipotezler

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

1. Hipotez

Ho: Gebelerin doğum şekline ilişkin görüşleri benzerdir.

H1: Gebelerin doğum şekline ilişkin görüşleri farklıdır.

2. Hipotez

Ho: Gebelerin doğum şekline ilişkin tercihleri benzerdir.

H1: Gebelerin doğum şekline ilişkin tercihleri farklıdır.

3. Hipotez

Ho: Gebelerin bazı özellikleri doğum şekli tercihlerinde etkili değildir.

H1: Gebelerin bazı özellikleri doğum şekli tercihlerinde etkilidir.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Normal Doğum

1.3.1.1. Tanımı

Normal bir doğum eylemi; termde, kendiliğinden spontan olarak başlayan, 37-42. gebelik haftası arasında, tek ve canlı bir fetüs ile vertex pozisyonunda gerçekleşen doğum eylemidir (SOGC 2008, Taşkın 2014). Başka bir ifade ile normal doğum yaşama şansı kazanmış fetüsün doğum kanalından geçerek dış dünyaya ulaştığı süreci kapsar. Ortalama 280 gün, 40 hafta olarak kabul edilen gebelik süresini tamamladıktan sonraki doğumlara “miyadında doğum” denilmektedir (Ceylantekin 2006).

1.3.1.2. İnsidansı

Ülkemizde normal doğumların tüm doğumlar içindeki payı 2011 yılında %53 iken, 2013 yılında %49.6'dır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012a, 2014). Bu konuda ülkemizde yapılan diğer çalışmalar, kadınların %52-90'ının normal spontan vajinal doğum yaptıklarını ortaya koymaktadır (Gözükara ve Eroğlu 2008, Şahin ve ark 2009, Ceylan ve ark 2011, Karabulutlu 2012, Rathfisch 2012, Özkan ve ark 2013, Yanikkerem ve ark 2013, AkadlıErgöçmen 2014). Kadınların %10'u doğum eylemini tamamlarken yardıma ihtiyaç duymaktadır (Rathfisch 2012). TNSA verilerine göre, 2003 yılında tüm doğumların %83'ünde, 2008 yılında %91'inde ve 2013 yılında ise %97'sinde doğum sırasında sağlık personelinin yardım alınmıştır (Tezcan 2004, AkadlıErgöçmen ve ark 2009, 2014). Normal doğumda gebelerin %79'u doktordan ve %19'u ebe/hemşireden yardım almıştır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2014).

1.3.1.3. Yararları

Normal doğum, milyonlarca yıldır bütün memeli varlıkların soylarını devam ettirmek için kullandıkları bir yöntemdir. En önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğum sonrası birkaç saat içinde normal aktiviteye dönme, çok kısa sürede bebeği emzirmeye başlama, hastanede kısa süre kalma, düşük enfeksiyon riski, erken toparlanma, daha az anestezi komplikasyonu ve emzirmeye erken başlama anneye sağladığı önemli yararlarıdır. Bebek açısından yararları ise daha düşük iatrojenik prematür doğum ve respiratuar distres sendromudur (Bracken ve ark 2008, Mumcu 2010).

Doğum kadınların hayatında normal, fizyolojik bir süreç olmakla birlikte, aynı zamanda önemli duygusal bir olaydır (Kasai ve ark 2010). Gebelik, kadınların sadece biyolojik durumunu değil, psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir. Ayrıca, kadınların sosyal ilişkilerinde ve aile üyelerinin rollerinde de değişikliklere neden olmaktadır (Murray ve McKinney 2014). Annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra ebeveynliğe geçişin yaşanması, yeni rol ve sorumlulukların üstlenilmesi anneyi ruhsal reaksiyonlar açısından riskli kılmaktadır (Yılmaz ve Öncel 2009). Kadınların bir bölümünde gebelik kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyerek kalıcı ruhsal değişikliklere neden olabilmektedir (Vırt ve ark 2008, Akbaş ve ark 2008, Bunevicius ve ark 2009, Üst ve ark 2013). Çalışmalar, doğum deneyimleri ile doğum şeklinin postpartum depresyonun risk faktörleri arasında yer aldığını ve normal doğum yapanlarda postpartum depresyon görülme riskinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Marakoğlu ve ark 2008, Efe ve ark 2009, Durukan ve ark 2011, Öner ve ark 2013, Herguner ve ark 2014).

1.3.2. Müdahaleli Vajinal Doğum

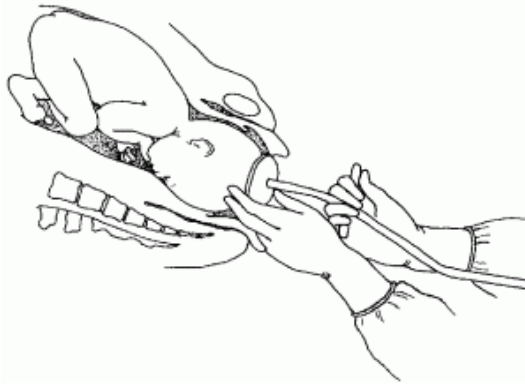
Vakum aleti ya da forseps kullanılarak doğumun ikinci evresine yardımcı olunan uygulamalara operatif vajinal doğum ya da asiste vajinal doğum denilmektedir. Doğumların yaklaşık %3.6'sı operatif vajinal doğum ile komplikedir (Martin ve ark 2012). Son yıllarda operatif vajinal doğum sayısında azalma gözlenmekte ve vakum-forseps kullanım oranı vakum lehine artmaktadır (Nikpoor ve Bain 2013).

Dünya çapında çeşitli obstetrik uygulamalar aletli veya destekli vajinal doğum oranını etkilemektedir (Gupta ve ark 2012). Klinik koşullar nedeniyle destekli vajinal doğum sırasında kullanılacak alet seçimi sınırlı olabilir (Patel ve Murphy 2004). Örneğin; yüz ve makat gelişlerde forseps kullanılırken, vakum ekstrasyonu uygun değildir. Bu nedenle doğum sırasında kullanılacak aletler riskleri ve faydaları hesaplanarak seçilmelidir (O'Mahony ve ark 2010). Müdahaleli doğum oranları İngiltere'de %10-15 (RCOG 2011, NHS 2012), Kanada'da %14.8 (Public Health Agency of Canada 2008), Avustralya'da %12 (Live ark 2011), Amerika'da ise %4.5 (Martin ve ark 2009) olarak bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda müdahaleli doğum oranı %0.5-14.1 olarak bildirilmektedir (Marakoğlu ve ark 2008, Öcal ve ark 2010, Özkan ve ark 2013, Karakuş ve ark 2014).

1.3.2.1. Vakum Ekstraksiyonu

Vakum ekstraksiyonu, operatif vajinal doğumlarda ilk tercih edilen yöntemdir (İskender ve Danışman 2008). Vakum ekstraksiyon, bir İngiliz cerrah olan Dr James

Yonge tarafından 1705 yılında tanımlanmıştır (Ali ve Norwitz 2009). Vakum aleti ile vakum pompasına bağlı bir çan yardımıyla saçlı fetal deriye negatif basınç etkisi oluşturulur, başa traksiyon uygulanır ve fetusun pelvisten geçişi sağlanır (Wegnerve Bernstein 2015). Vakum aleti çanları yumuşak (plastik, silikon, kauçuk) ya da sert (plastik, metal) yapıda olabilir. Normal doğumlarda bebeğin doğum kanalından geçerken ilerleyemediği, doğumu yaptıran kişinin doğumu hızlandırmak istediği veya annenin bebeği güçlü bir şekilde itemediği durumlarda, fetal baş üzerine vakum aletinin yerleştirilmesi ile bebeğin dışarı doğru çekilmesi sağlanır (Topçu Özer 2011) (Şekil 1.3.2.1.1).



Şekil 1.3.2.1.1.Vakum Ekstraksiyonu

1.3.2.1.1. Vakum Uygulama Kriterleri

Vakum uygularken, traksiyon daha az direnç oluşacak şekilde pelvis aksı boyunca uygulanmalıdır. Traksiyon, uterus kontraksiyonuyla birlikte gebenin ıkınması ile eş zamanda ve fetusta travma riskini ve fazla basınç etkisini minimize edecek şekilde uygulanmalıdır (Ali ve Norwitz 2009).

Uygulama sırasında çan posterior fontanelin yaklaşık 3 cm önünde ve sagittal suturen üstünde yer almalı, çanın altında maternal doku olmamalıdır. Vakum pompası ile yaklaşık 600 mmHg basınç oluşturulur (Karakuş ve ark 2014). Vakum uygulanabilmesi için en az 8cm servikal açıklık gelişmiş, amnion zarı açılmış, fetüs vertex prezentasyonunda ve baş angaje olmuş, yeterli anestezi sağlanmış ve epizyotomi uygulanmış olmalıdır (Wegnerve Bernstein 2015). Gebe aktif ıkınırken vakum kullanılmalı, sadece traksiyon uygulanmalı ve rotasyon yapılmamalıdır. Uygulama süresi

20 dakikayı aşmamalı ve en fazla iki kez denenmelidir (Hook ve Damos 2008, Karakuş ve ark 2014).

1.3.2.1.2. İnsidans

Vakum ekstraksiyonu Orta Doğu ve Kanada'da yaklaşık %10 (Cargill 2004), Avustralya'da %6 (Laws ve Sullivan 2005) ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde %8 (Kozak ve Weeks 2002) oranında uygulanmaktadır. Karakuş ve ark (2014), Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2008-2012 yılları arasında vakum aleti kullanılarak uygulanan operatif doğum insidansını %0.4 olarak bildirmişlerdir. Bakırcı (2010) tarafından 1988-2009 yılları arasında Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılan çalışmada ise vajinal doğumların %1'ine vakum uygulanmıştır.

1.3.2.1.3. Endikasyonları

Sezaryen doğumun güvensiz olduğu veya kullanılmadığı zaman vakumla doğum yapılabilir (Hofmeyr ve Shweni 2012). Vakum ekstraksiyonu kordon sarkması, doğumun ikinci evresinin uzaması, ıkınmayı engelleyen maternal hastalıklar (kalp hastalığı, nörolojik problemler), doğumun hızla gerçekleşmesini gerektiren fetal distres durumunda ve doğumun ikinci evresini kısaltmak amacıyla uygulanır (T. C. Sağlık Bakanlığı 2010, Wegner ve Bernstein 2015).

1.3.2.1.4. Kontrendikasyonları

Yüz geliş, sefalopelvik uygunsuzluk, konjenital fetal baş anomalileri, gebelik haftasının 34'ten düşük olması, tahmini fetal ağırlığın 2000 gr'dan az ya da 4000 gr'dan fazla olması durumunda vakum ekstraktör kullanılmamalıdır (Wegner ve Bernstein 2015). Ayrıca, operatif vajinal doğum için tüm gereklerin yerine getirilmemesi (servikal dilatasyonun tamamlanmaması, bozulmamış fetal membran), gebeden bilgilendirilmiş onam alınmaması, fetüs pozisyonu hakkındaki belirsizlik ve yetersiz anestezi gibi durumlarda da vakum uygulaması kontrendikedir (Yeomans 2010, RCOG 2011, Wegner ve Bernstein 2015).

1.3.2.1.5. Komplikasyonları

Annede meydana gelebilecek komplikasyonlar; doğum sonrası perineal ağrı, perine yara yeri enfeksiyonu, rektovajinal fistül, nadir olarak üretra yaralanması, servikal, vajinal

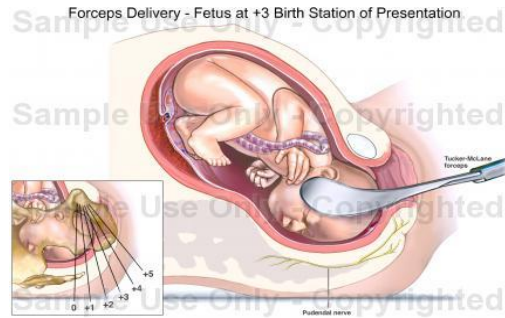
ve perianal laserasyonlar, vajinal hematoma ve doğum sonrası kanamadır. Bebeğe ise retina kanaması, emmede başarısızlık ve perinatal ölüm görülebilmektedir (Baskett ve ark 2008, Suwannachat ve ark 2012). Ayrıca asfiksi, kafa derisinde sıyrıklar veya laserasyon, kaput suksadeneum, sefalhematom ve intrakranial yaralanma dahil fetal yaralanma da vakum uygulaması komplikasyonları arasında yer almaktadır. Destekli vajinal doğumlarda şiddetli perineal travma, annelerde olumsuz psikolojik etkiye neden olabilmektedir (O'Mahony ve ark 2010).

1.3.2.2. Forseps Uygulaması

Forseps, kafayı kavrayarak bebeğin doğumuna yardımcı olmak için tasarlanmış bir araçtır. Forseps, 17. yüzyıldan beri fetal başa traksiyon uygulayarak bebeklerin doğumuna yardımcı olmak için kullanılmaktadır (Ross 2012). Forsepsin birçok farklı tipleri gelişmiştir (Nikpoor ve Bain 2013). En sık kullanılan Simpson forseps bebeğin başı doğum kanalına göre şekillendiği zaman, Tucker McLane forseps ise başın doğum kanalına göre şekillenmediği zaman kullanılmaktadır (Ross 2012) (Şekil 1.3.2.2.1).



Tucker-McLane



Şekil 1.3.2.2.1. Forseps Türleri

1.3.2.2.1. İnsidansı

Forseps insidansı Kanada'da %4.6 (Public Health Agency of Canada 2008), Avustralya'da %3.7 (Li ve ark 2011), Amerika'da ise %1'den azdır (Martin ve ark 2009, Ross 2012). Bakırcı (2010) tarafından 1988-2009 yılları arasında Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılan çalışmada, vajinal doğum olgularının %1.8'ine forseps uygulandığı bildirilmiştir.

1.3.2.2.2. Endikasyonları

Doğum sırasında bebek ilerlemesinde başarısız olduğunda, bebeğin ilerlemesine yardımcı olmak ve anne doğumun ikinci evresinde bitkin düştüğü zaman doğumunu kısaltmak amacıyla kullanılabilir (Nikpoor ve Bain 2013). Bunun dışında anneye ait medikal durumlar (kalp, solunum ve nörolojik durumlar), analjeziye bağlı olarak itme dürtüsünde azalma, fetal sıkıntı, makat prezentasyon ve kordon sarkmasında da kullanılabilir (Patel ve Murphy 2004, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, RCOG 2011). Forseps uygulanması için serviksin dilatasyonu tam olmalı, gelen kısım verteks olmalı (makat gelişlerde arkadan gelen başa forseps uygulanabilir), verteks angaje ve amniyon kesesi açılmış olmalı, baş pelvis uygunsuzluğu olmamalı, yeterli analjezi sağlanmalı ve mesane boş olmalıdır (Williams 2007).

1.3.2.2.3. Kontrendikasyonları

Baş angaje değilse, verteksin beşte birinden fazlası abdominal olarak palpe ediliyorsa, fetal başın pozisyonu belli değilse, serviks tam açık değilse ve sefalopelvik uygunsuzluk varsa forseps uygulanmaz (Sullivan ve Hayman 2008). Fetal kanama bozuklukları ve fetusun kemiklerinin kırılma riskinin yüksek olduğu (osteogenezisimperfekta) durumlarda da uygulanmaz (Öcal ve ark 2010).

1.3.2.2.4. Komplikasyonları

Belli başlı komplikasyonları; annede analjezi gereksiniminde artış, perineal travma, idrar inkontinansı, perinede yırtıklar ve epizyotomi oranında artış ile fetal yüz ve saçlı deri yaralanmalarıdır (O'Mahony ve ark 2010).

1.3.2.3. Epizyotomi Uygulaması

Epizyotomi; doğumun ikinci aşamasının son bölümünde perine insizyonu ile vajinal açıklığı artırmak amacıyla yapılan cerrahi kesidir (Thacker 1983). Epizyotomi,

dünya çapında kadınların en sık yaşadığı tıbbi prosedürlerden biridir. Vajinal yırtıklar doğum sırasında, özellikle bebek başının çabuk inişi sırasında kendiliğinden oluşabilir. Epizyotomi, ebe, hemşire ve hekim tarafından bebeğin doğumunu kolaylaştırmak amacıyla da yapılabilir (Carroli ve Mignini 2009).

Rutin epizyotomi uygulaması ön perine travma riskini artırması nedeniyle önerilmemesine rağmen, sistematik araştırmalar sınırlı epizyotomi uygulamasının birçok avantajı olduğunu göstermektedir. Bu avantajlar; daha az arka perine travması, üçüncü ve dördüncü derece yırtıklarda azalma, onarım kolaylığı ve daha iyi yara iyileşmesi, pelvik taban kas ve destek dokunun korunması, omuz distosisi veya iri bebekte yenidoğan travması, fetal kalp atımı ile ilgili sorunlar ve hızlı doğumda azalma, daha az dikiş ve iyileşmeye bağlı olası komplikasyonları da azalmadır (ACOG 2006, Carroli ve Mignini 2009).

En çok kullanılan üç tip epizyotomi vardır. Medial epizyotomi; anal kanaldan aşağı doğru orta hatta perineal dokunun bölünmesi ile olan kesidir (Hartmann ve ark 2005). Medio-lateral epizyotomi; anal kanalın sağ veya soluna 40-60 derece arasında bir açı ile yapılan insizyondur (Tincello ve ark 2003, Revicky ve ark 2010). Lateral epizyotomi ise orta hattın sağ yada soluna saat 4-5 yada 7-8 yönünde insizyon yapılmasıdır (Kalis ve ark 2008).

1.3.2.3.1. Epizyotomi uygulama kriterleri

Uterus kontraksiyonu ve annenin ıkmaması ile birlikte fetal başın vajen girişini 3-4 cm kadar araladığı zaman epizyotomi uygulanır (Yanık 2008). Epizyotomide pudental sinir lokal olarak bloke edilir. Kullanılacak lokal anestetik maddeye herhangi bir alerji olmadığından emin olduktan sonra anestetik madde vajinal mukoza, perine altı ve perineal kas içine derin olarak uygulanır. Aynı elin iki parmağı bebeğin başı ile perine arasında yerleştirilerek perine 3-4 cm insize edilir. Doğum sırasında perine desteklenerek bebeğin başının çıkışı kontrol edilmeli ve hızla çıkması engellenmelidir. Doğum gerçekleşikten sonra epizyotomi bölgesine perinenin diğer kısımları laserasyon yönünden değerlendirilmeli ve epizyotomi kesisi suture edilmelidir (WHO 2009).

1.3.2.3.2. İnsidansı

DSÖ, epizyotomi oranını %10 olarak önermektedir (WHO 1996). İsveç epizyotomi uygulamasında %9.7 ile en düşük orana sahip ülkedir (Graham ve ark 2005). Birçok Asya

ülkesinde olduğu gibi, Vietnamlı primiparların %85'inden fazlasında epizyotomi bulunmaktadır (Laopaiboon ve ark 2008, Lai ve ark 2009). Tayvan'da %100 (Graham ve ark 2005), İran'da %39 (Moini ve ark 2007) ve Norveç'te %12-15'dir (Tincello ve ark 2003). Gebelik ve doğum grubu araştırmalarının kayıtlı olduğu sekiz çalışmada, rutin epizyotomi oranı %75.1 ve sınırlı epizyotomi oranı ise %25.4 olarak tespit edilmiştir (Carrolini ve Mignini 2009).

Uluslararası literatürde Türkiye'deki oran %65 olarak bildirilmektedir (Graham ve ark 2005). Şahin ve ark (2007), ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise %90'ından fazlasına epizyotomi uygulandığını bildirmektedir. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi'nde 2011-2012'de multiparların %87.7'sine yapılmıştır (Kütük ve ark 2013). Sayiner ve Demirci (2007)'nin çalışmasında ise epizyotomi oranları primiparlarda %96.7, multiparlarda %51.8 olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise spontan vajinal doğum yapan olguların %91.2'sine epizyotomi uygulanmıştır (Gül 2008).

1.3.2.3.3. Endikasyonları

Epizyotomi; kordon sarkması, fetal distres, operatif vajinal doğum, omuz distosisi, doğumun ikinci evresinin uzaması durumunda doğumu hızlandırmak, operatif vajinal doğumlar, makrozomi ya da makat prezentasyonlarında manevra alanı kazanmak, spontan perine laserasyonlarını önlemek, anal sfinkter ve rektum hasarını önlemek ve uzun dönemde pelvik relaksasyon/üriner inkontinans sıklığını azaltmak için uygulanmaktadır (Thacker 1983, Yanık 2008, Carroli ve Mignini 2009, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, Ünsal Boran ve ark 2013). Ancak ACOG (2006), epizyotominin rutin değil, sınırlı uygulamalarda (forseps/vakum kullanımı, omuz distosisi, makat prezentasyon, oksiput posterior pozisyon gibi) kullanılmasını önermektedir.

1.3.2.3.4. Komplikasyonları

Literatürde epizyotomi kullanımının sınırlandırılması gerektiği vurgulanmaktadır (ACOG 2006, Albers ve Borders 2007). Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları; enfeksiyon, iyileşme süresinin uzaması, daha fazla kan kaybı, anal sfinkter travmasına bağlı anal ve üriner inkontinans, perine hasarı, III. ve IV. derece perine laserasyonları ve doğum sonrası üç ay şiddetli disparonidir (Ejegar ve ark 2008, Yanık 2008, Baydock ve ark 2009, Torkestani ve ark 2009, Carroli and Mignini 2009, Räisänen ve ark 2011, Ünsal Boran ve ark 2013). Epizyotomi kesisi veya yırtık büyüklüğünün fazla olması ve genital

enfeksiyon varlığı epizyotomi enfeksiyonlarının gelişiminde risk oluşturmaktadır (Kadanalı ve Karagöz 2012). Ayrıca, epizyotomi hem nemli bir bölgede yer alması, hem de idrar ve gaita ile kontaminasyon riski nedeniyle enfeksiyon riski taşımaktadır (Taşkın 2014).

1.3.3. Sezaryen

ACOG (2013)'a göre sezaryen; annenin karın duvarı ve uterusuna yapılan kesi ile bebeğin doğumunu sağlayan operasyondur.

Tarihte sezaryen doğuma ait ilk kayıt M.Ö. 2000 yılında Sümerlere aittir. Bu ilk girişim çok yavaş gelişmiş olup anestezi, hemostaz, antisepsi ve uterus dikişinin kullanılması ile 1700'lerin son yarısı ve özellikle 1800'lerde gelişme göstermiştir (Durfee 1993). Sezaryene ait ilk uygulamalar sadece ölü kadınlarda denenmiştir. Canlı bir kadında ilk başarılı sezaryen 1610'da Wittenberg'de Trautmann ve Seest tarafından yapılmıştır (Pricthard ve ark 1989). Modern anlamda ilk sezaryen 1881 yılında Alman jinekolog Ferdinand Adolf Kehrer tarafından gerçekleştirilmiştir (Todman 2007). Ülkemizde anne ve bebeğin her ikisinin de yaşamını devam ettirdiği ilk başarılı sezaryen ameliyatı 1900'lü yılların başında saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından İstanbul Nişantaşı'nda bir konakta gerçekleştirilmiştir (Şevket 2005). Tıbbi nedenler dışında sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına getirdiği ağır yükler göz önüne alındığında, endikasyon dışı sezaryenlerden kaçınılması zorunluluk arz etmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

1.3.3.1. İnsidansı

Sezaryen doğum normal doğuma göre anne-bebek sağlığı açısından daha riskli olmasına karşın, dramatik şekilde giderek artan, toplum sağlığı sorunu haline gelen ve kadınlar tarafından sık tercih edilen bir doğum şeklidir (Coşkun ve ark 2007, Ertem ve Koçer 2008, Arjun 2008, Lyerly ve Little 2010, Tekirdağ ve Cebeci 2010, Bangal ve ark 2013, WHO 2014). Edwin Cragin'in 1916 yılındabir kez sezaryen her zaman sezaryen" sözü sezaryenle doğumlardaki artışa dikkat çekmektedir (Ugwumadu 2005). Amerika'da 1970'lerde %5 olan sezaryen oranı 1980'li yıllarda %20'lere, 2007 yılında %32'lere ve 2012 yılında %33'e kadar yükselmiştir (Menacker ve Hamilton 2010, WHO 2014). Amerika'daki bu artışa benzer olarak birçok Avrupa ülkesinde sezaryen oranında artış olmuştur. Norveç'te 1970'lerde %2 olan sezaryen oranı 1980'lerde %12 ve 2012 yılında %17'dir (WHO 2014). Avustralya'da sezaryen oranı 2005 yılında %30.3 iken, 2012 yılında %32 olmuştur (Betran ve ark 2007, WHO 2014). İtalya'da 2011 yılında sezaryen oranı

%38'dir (WHO 2013). Hollanda'da 2006 yılında %14 iken, 2011'de %15 ve 2012 yılında %17'dir (WHO 2008, 2013, 2014). Antenetal bakım hizmetlerinin iyi uygulandığı Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması çarpıcı bir durumdur (Bais ve ark 2001). Bunun nedeni gelişmiş ülkelerde antenetal bakım hizmetinin nitelikli sunulması ve prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti alınmasıdır. Sezaryen doğumlar dünyada %16, Avrupa'da %24, Amerika'da %33, üst orta gelirli ülkelerde %32, yüksek gelirli ülkelerde %28 iken, az gelirli ülkelerde %6, Afrika'da %4 ve düşük orta gelirli ülkelerde %9'dur (WHO 2014).

Dünya'da ve ülkemizde sezaryen doğumun artış nedenlerini inceleyen araştırmalara bakıldığında, en önemli nedenin geçirilmiş sezaryen öyküsü olduğu görülmektedir (Güney ve ark 2006, Moffat ve ark 2007, Coşkun ve ark 2007, Moini ve ark 2007, Yaşar ve ark 2007). İsveç'te yapılan bir çalışmada, gebelik sırasında yaşanan doğum korkusu ile doğum şekli arasındaki ilişki incelenmiş ve multipar kadınlarda doğum korkusu ile kötü doğum tecrübesinin acil sezaryen öyküsü ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Doğumdan bir yıl sonra halen devam eden doğum korkusunun ise olumsuz doğum tecrübesi, gebelikte doğum korkusu, acil sezaryen ve primiparite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Nilsson ve ark 2012).

Türkiye'de her beş yılda bir yapılan TNSA verilerine göre; 2003 yılında tüm doğumlar arasındaki sezaryen oranı %21.4 iken, 2008'de %37, 2010'da %45 ve 2013'de %48'e yükselmiştir (Tezcan 2004, Ergöçmen ve ark 2009, 2014). Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, 2001 yılında %58 olan sezaryen oranının 2005'te %85'e yükseldiği (Güney ve ark 2006), Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada 2002 yılında %37,7 olan sezaryen oranının 2007 yılında %51'e ulaştığı (Yılmaz ve ark 2009), Kahramanmaraş'da yapılan çalışmada 2004'te %34.4 olan sezaryen oranının 2006 yılında %40.2'ye yükseldiği (Coşkun ve ark 2007) ve Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan çalışmada ise 2006 yılında %29.2 olan sezaryen oranının 2010 yılında %37'ye çıktığı (Ercan ve ark 2013) saptanmıştır.

Sezaryen oranının yükselmesinde hekimin malpraktis korkusu, ağrısız doğumun (epidural anestezi ile) yaygın olarak uygulanamaması, ebelerin aktif olarak doğum takibi ve yaptırmasındaki yetersizlikler ve isteğe bağlı yapılan sezaryen uygulamaları (buna bağlı olarak da mükerrer sezaryenlerin artması) ve endikasyonların genişletilmesi gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

1.3.3.2. Endikasyonları

Anne yaşı, fetal distres, tıkanmış doğum eylemi, gebelik hemorajisi, plasenta ile ilgili problemler, iri bebek, anneye ait enfeksiyon (HIV/Herpes), anneye ait medikal durumlar (diabet/hipertansiyon), sefalopelvik uygunsuzluk ve üterin rüptür gibi durumlar sezaryen için belirleyicilerdir (Nzewi ve Penna 2011, ACOG 2013). Little ve ark (2008), planlı sezaryen için gerekli klinik dört şartı daha önceki sezaryen doğum, ikiz gebelik, makat geliş ve medikal endikasyon olarak bildirmişlerdir. Brezilya'da Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Bakım Bölümü'ne göre sezaryen doğum için gerekli durumlar ise sefalopelvik uygunsuzluk, uterustaskar, transfer bebek pozisyonu, aktif genital herpes, nonreaktif doğum eylemi, HIV, önceki sezaryen öyküsü ve fetal makrosomidir (BRASIL 2012).

ACOG 2008'de yaptığı açıklamada, 39. haftadan önce isteğe bağlı sezaryen yapılmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak, hekim sezaryen doğumla ilgili morbidite, mortalite olasılıklarını hastasıyla paylaştıktan sonra sezaryenin hastanın genel iyilik hali açısından daha iyi olacağını düşünür ise isteğe bağlı sezaryen doğum yaptırmanın etik açıdan doğru olacağını bildirmiştir (ACOG 2013).

Sağlık Bakanlığı (2010)'na göre sezaryen doğum, vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanması önerilmektedir. Fetal endikasyonlar fetal sıkıntı, fetal prezentasyon anomalileri, makat prezentasyon, diğer prezentasyon anomalileri, çoğul gebelikler ve fetal anomalilerdir. Maternal endikasyonlar geçirilmiş uterus cerrahisi, sistemik hastalıklar ve vertikal geçişli maternal enfeksiyonlardır. Travay veya doğuma ait endikasyonlar ise baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem ve fetal makrozomidir. Umbilikal kord ve plasentaya ait endikasyonlar da kordon sarkması, plasenta previa ve ablasyo plasentadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

1.3.3.3. Kontrendikasyonları

En önemli kontrendikasyonu uygun bir endikasyonunun olmayışıdır. Karın duvarının pyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetüs ve uygun koşulların bulunmayışı da diğer kontrendikasyonları oluşturmaktadır (De Cherney ve Nathan 2003).

1.3.3.4. Komplikasyonları

Sezaryen doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran çok önemli bir obstetrik girişim olmakla birlikte, diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde ise bazı fiziksel ve psikososyal sorunlar ile komplikasyonları beraberinde getirmektedir (Thivierge 2006). Sezaryen operasyonu sırasında veya sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar arasında operatif anne yaralanması, bebekte cerrahi kesikler, sezaryen tekrarı, sezaryen kesi yerinde kalıcı ağrı, sezaryen skar endometriyozisi, sezaryen skar ektopik gebeliği ve yoğun karın içi yapışıklık yer almaktadır (Goer ve ark 2012).

Sezaryen anne ve bebekte de bazı fiziksel etkilere yol açmaktadır. Sezaryen doğumun anneye fiziksel etkileri anne ölümü, kardiyak arrest, acil histerektomi, tromboembolik olay, anestezi komplikasyonları, majör enfeksiyon, nadiren yaşamla ilgili ciddi komplikasyonlar, yara yeri enfeksiyonu, hematoma, hastanede kalış süresinde uzama ve kronik pelvik ağrıdır. Bebekle ilgili fiziksel etkiler ise yenidoğan ölümü, respiratuar distres sendromu, pulmoner hipertansiyon ve emzirememe gibi sorunlardır (Goer ve ark 2012).

Günümüzde anestezi, kullanılan ilaç ve malzemeler, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte, halen enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik riskler, hastanede daha uzun kalma, iyileşmenin daha geç olması ve daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler devam etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

1.3.4. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD), önceden sezaryen olmuş bir kadının sonraki doğumunu vajinal yolla yapmasıdır. Sezaryen doğumların dünya çapında artış göstermesi ve bu artışta en önemli yeri elektif tekrarlayan sezaryenlerin alması nedeniyle, 1960'lardan sonra "bir sezaryen daima sezaryen" fikri yoğun şekilde tartışılmaya başlanmıştır. Buna bağlı olarak gebeliklerde tekrarlayan elektif sezaryen doğum ihtiyacının her hasta için geçerli olmadığı ve bu hastaların vajinal yolla doğum yapabileceği konusu gündeme daha fazla getirilmiştir (National Institutes of Health 1981). SSVD, tekrar sezaryen uygulamasına göre çoğu kadın için daha güvenli ve iyi bir uygulama olarak tavsiye edilmektedir (Lundgren ve ark 2012). ACOG'un 1998 yılındaki açıklamasında, alt

segment transvers kesili hastaların SSVD adayı oldukları ve bu hastalara vajinal doğum önerilmesinin sezaryen oranını azaltmada etkili olacağı belirtilmiştir (ACOG 2013).

SSVD Amerika'da %12.7 oranında uygulanmaktadır (Martin ve ark 2009). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise uygun hasta seçimi ile SSVD başarı oranı %60-90 arasında değişmektedir (Akçay ve ark2001, İnceç ve ark 2004, Göynüner ve ark 2006). Ayrıca, mesleki dernekler ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında hazırlanıp 2010 yılında revize edilen DSEYR''ne göre de uygun olan vakalarda SSVD'nin önerilebileceği vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

Uterin rüptür riski nedeniyle daha sonraki yıllarda uygulama insidansı biraz azalsa da, ülkemizde uygulanması yönünde artan bir eğilim göstermektedir (Göynüner ve ark 2006, Gümüş ve Kamalak 2010). SSVD için daha önce sezaryen ile doğum yapmış gebe kadınların gebelik takiplerinin iyi yapılması, bireysel durum değerlendirilmesi yapılarak normal doğumun özendirilmesi ve kadın ve ailesine vajinal doğum ile ilgili eğitim verilmesi gerekmektedir. SSVD için şu kriterler önem taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010):

- Uterusta sezaryen dışında başka skar ya da anormallik olmaması
- Pelvik darlık olmaması
- Fetusun 4000 gr'ın altında olması
- Gebenin tüm eylem süresince bir hekim tarafından izlenebilmesi ve gerektiğinde acil sezaryen yapılabilme koşullarının bulunması
- 24 saat fetal monitorizasyonun gerçekleşeceği koşulların bulunması
- Acil bir durum için gereken anestezi ekibi ve ameliyathane koşullarının bulunması
- Acil bir durum halinde kan nakline olanak sağlayan koşulların bulunması

1.3.5. Suda Doğum

1.3.5.1. Tanımı

Suda doğum, doğum eyleminin ve/veya doğumun ılık suyla dolu bir havuzda gerçekleştiği alternatif bir doğum şeklidir. Basit, etkili ve hali hazırda mevcut olan suyun doğum boyunca ve doğum sancısında birçok potansiyel faydaları vardır (Nutter ve ark 2014). Tarihsel süreçte Japon kadınlar ağrılarının azalması için sıcak doğum havuzlarını

kullanmış, yine İngiliz ebeler ağrı kesici kaynağı olarak sıcak suyu kullanmışlardır. Fransa'da ilk suda doğum 1805 yıllarına dayanmaktadır (Sprague 2011, Avery 2013).

1.3.5.2. Uygulama kriterleri

Doğumun ilerlemesi ve optimum rahatlama için yaklaşık iki saat kalınır. Havuza girmeden önce servikal dilatasyon 3-5 cm arasında olmalıdır. Anne ve bebek için sıcaklık 37.5°C derece olmalı ve suyun sıcaklığı 15 dakikada bir kontrol edilmelidir. Suda doğum için rutin intrapartum gözlemlere ek olarak saatlik annenin, suyun ve oda ısısının kontrol edilmesi gerekmektedir (Sprague 2011, Avery 2013, Nutter ve ark 2014).

1.3.5.3. Endikasyonları

Suda doğum; tıbbi durumla ilgili herhangi bir risk yoksa, anne-bebek veya sağlık çalışanlarına yönelik herhangi bir enfeksiyon tehlikesi yoksa, gebelik haftası 37'nin üstünde ise, BKİ 30 veya kilosu 90 kg'ın altında ise, doğum boyunca sürekli monitör ile izlenmesi gereken bir durum yoksa ve yardım olmadan kendi kendine banyo yapabiliyorsa sakıncalı değildir (Nutter ve ark 2014).

1.3.5.4. Kontrendikasyonları

Suda doğum; SSVD arzulayan kadınlarda, elektronik fetal monitör yokluğunda, anestezi veya analjezi kullanımında, çoklu fetal gebelik ve gebelik haftası 37'den küçük olanlarda konrtendikedir (RCM 2012, Avery 2013).

1.3.5.5. Yararları

Suda doğumun anneye yararları; doğum memnuniyetinin artması (Sprague 2011), ağrının azalması (Mollamahmutoglu 2012), endorfin hormonunun artması ve gevşeme (Sprague 2011, Mollamahmutoglu 2012), farmakolojik ağrı kesici kullanımının azalması (Cluett 2009, Sprague 2011, Mollamahmutoglu 2012), çeşitli doğum pozisyonlarının daha kolay kullanımı ve hakiki pelvis fonksiyonel çapının artması (Mollamahmutoglu 2012, Avery 2013, Dahlen 2013), daha az perineal travma (Dahlen 2013, Henderson 2014) ve daha az postpartum kanama (Dahlen 2013) olarak sayılabilir. Bunların yanında konforu ve hareketi artması, daha derin rahatlama sağlaması, ağrı toleransını ve bebeğe olan kan akımını artırması da diğer önemli yararlarıdır (Nutter ve ark 2014).

1.3.5.6. Komplikasyonları

Belli başlı komplikasyonları anne ve yenidoğan için yüksek enfeksiyon riski, parçalı membran rüptürü, yenidoğanda ısı ayarlama zorluğu, doğum sırasında yenidoğan havuzdan kaldırılırken veya manevra yaptırılırken umbilikal kord rüptürü ve umbilikal kordun tamamen ayrılmasına bağlı hemoraji ve şok ile su aspirasyonu sonucu hiponatremi ve solunum sıkıntısıdır (Kassim ve ark 2005).

1.3.6. Doğal Doğum

Doğal doğum, aktif doğum ve orgazmik doğum sıklıkla birbiri yerine kullanılan doğum şekilleridir. Doğal doğum, kadının kendi içgüdülerinin rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve müdahalenin olmadığı doğum eylemidir. Doğum fizyolojik bir olaydır, hastalık değildir. Dolayısıyla doğal akışında gerçekleşmesi gereken doğal bir olaydır (Darra 2009, Hotelling 2009, Rathfisch 2012). Aktif doğum ise; tamamen annenin isteğiyle gerçekleşen ve annenin vücudunu istediği gibi kullanmakta özgür olduğu doğal, kendiliğinden olan bir doğumdur. Doğum içgüdüsel bir eylemdir ve müdahale edilmediğinde salgılanan hormonlar sayesinde kendiliğinden gerçekleşir. Aktif doğum ilk olarak Janet Balaskas tarafından tanımlanan bir felsefedir. Aktif doğumda kadın, sağlık personeli tarafından yönetilen bir doğumun pasif alıcısı olmamakta, aksine doğum sırasında kendi vücudunu yönetmektedir (Balaskas 1992). Orgazmik doğum ise doğumu hem kendinden geçiren bir deneyim hem de doğum anında orgazm kasılmaları yaşayan ve doğum esnasında doruk noktasına ulaşılan bir an olarak tanımlanmaktadır. Davis ve Pascali-Bonaro (2010) çalışmalarında kadınların doğum yaklaştıkça vajinada hissedilen şaşırtıcı bir basınç ve bunun devamında bebeğin ortaya çıkmasıyla serbest kalan bir gevşeme ve heyecandan bahsetmektedirler. Bir kadının geriye dönüp bu anlara mutlulukla bakması ve doğuma olan fiziksel ve duygusal görüşün tamamen hoşnut kalınan bir deneyim olarak görülmesi orgazmik doğum olarak tanımlanmaktadır.

Günümüzde obstetrideki hızlı değişimler ile doğumun, doğal bir eylem olduğu neredeyse unutulmuştur. Bunun sonucu olarak kadınların doğum yapma güçlerini kaybettikleri, doğumda kontrolü sağlık personeline bıraktıkları ve beraberinde sezaryen ya da müdahaleli doğum oranlarının arttığı görülmektedir (Güngör 2009, Sayiner ve ark 2009, Serçekuş ve İşbir 2012, AkadlıErgöçmen ve ark 2014, WHO 2014). Oysa Hollanda, Avustralya gibi ülkeler başta olmak üzere Yeni Zelanda ve İngiltere gibi ülkeler, doğumun normal bir süreç olduğunu vurgulayarak, evde doğum hizmetlerini sağlık politikalarınca

desteklemektedirler. Böylece müdahalesiz ve doğal bir süreçte doğumlarını gerçekleştirmektedirler (RCM 2007). Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) tarafından 1996 yılında bakımda anne dostu model benimsenerek, kanıt temelli bakım rehberleri hazırlanmış ve ABD'nin birçok eyaletinde anne dostu hizmet veren kuruluşlar oluşturulmuştur (Lothian 2007, Hotelling 2009). Kanıta dayalı tıp bilgilerine dayalı bu rehber 2007 yılında revize edilmiştir. Felsefesi; doğum sürecinde doğallığa dayanan, doğum sürecinin normalliği, güçlendirme, otonomi, zarar vermeme ve sorumluluk alma ilkelerine dayanmasıdır (CIMS 1997).

Ülkemizde de normal doğumu özendirmek ve müdahale oranlarını azaltmak için son yıllarda anne dostu uygulamalara ağırlık verilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2013 yılında anne dostu uygulamaları başlatmıştır. Doğumda anne dostu uygulamaları izleyen ve rutin uygulamaları yerine getiren kuruluş, hastane ve doğum merkezlerine Anne-Dostu Hastane unvanı verilmesine başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu 2013).

Doğal doğumda bağımsız hareketler yapma, müzik dinleme, duş alma, banyoyapma, el ya da ayaklara masaj yapma kadını rahatlatmada kullanılan tekniklerden bazılarıdır. Kadın, doğum sürecinde ihtiyaç duyabileceği çevreyi kendisi düzenleyebilir. Bu düzenlemeyle kadın kendi doğum eyleminin yönetiminde etkin rol almış olur. Ancak, bu uygulamanın yapılabilmesi için anne adaylarının doğum öncesi dönemden itibaren doğal doğuma hazırlanması gerekmektedir. Bunun içinen etkin olan uygulama, hemşireler tarafından verilecek antenatal bakım, eğitim ve danışmanlıktır. Bu da en iyi doğum öncesi dönemde ve doğuma hazırlık sınıfları ile sağlanabilmektedir (Hotelling 2009, AWHONN 2010, Klein 2011).

Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarının tarihi dünyada olduğu kadar eski değildir. Bazı özel ve resmi kurumlarda bu eğitimler sistematik olarak verilmektedir. Son zamanlarda çiftlerin doğuma hazırlık sınıflarına katılma isteği de gittikçe artmaktadır (Coşar ve Demirci 2012). Sağlık Bakanlığı son yıllarda gebe sınıflarının hastanelerde ve 1. basamak sağlık kurumlarında yaygınlaştırılması yönünde uygulamalara ağırlık vermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013). Doğuma hazırlık sınıfları dünyada 1930 yıllarında başlamış ve etkinliği artarak günümüze kadar sürmüştür. Değişik dönemlerde farklı felsefe ve akımların etkisi ile DickRead, Bradley, Leboyer, Lamaze yöntemi gibi doğuma hazırlık felsefeleri etkin ve popüler olmuştur. Özellikle Amerika ve Avrupa'da Lamaze yöntemi etkin olmuştur (Romano ve Lothian 2008). İsmi, tekniği geliştiren doktor Fernand Lamaze'den almıştır. Fernand Lamaze ilk olarak 1951 yılında

Fransa'da bu tekniği göstermiştir. Lamaze tekniğini, Rusya'da gözlemlediği teknikleri geliştirerek oluşturmuştur. Günümüzde Lamaze normal doğumu desteklemekte ve kadınların bebeklerini normal doğurma yeteneklerini kabul etmektedir. Lamaze'ye göre ağrı şartlanmış bir tepkidir. Kadınlar doğum öncesi dönemde ağrı çekmemeye şartlandırılabilirler. Kadınlar bağırmak ya da kontrolü kaybetmek yerine, gevşeme ve solunum egzersizleriyle ağrı yönetimini sağlayabilirler. Lamaze yöntemi, doğum öncesi annenin doğum hakkında bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve doğum sırasında anneye moral destek verilmesi, nefes egzersizleri ile rahatlama ve gevşeme gibi teknikleri içermektedir (Lamaze International 2009).

Lamaze felsefesinin standartlarını belirlemek ve dünyaya yaymak amacıyla sağlık çalışanları, ebeveynler ve doğum eğitmenleri tarafından 1960'lı yıllarda bir organizasyon oluşturulmuştur (Lamaze International 2009). Amerika'da Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International)'nun kurulmasıyla birlikte Lamaze'nin sadece bir yöntem değil, bir felsefe olduğu belirtilmiştir. DSÖ, normal doğumun desteklenmesi, korunması ve iyileştirilmesinde bakıma ilişkin dört uygulama tanımlamıştır. Lamaze International ise buna iki uygulama maddesi daha eklemiştir. Altı ana başlıkta toplanan sağlıklı doğum uygulamaları (Healty Birth Practices) Lamaze felsefesinin temelini oluşturmaktadır. Bu felsefe Cochrane ve CIMS tarafından da desteklenmektedir. Cochrane ve CIMS tarafından onaylanan bu kanıta dayalı sağlıklı doğum uygulamaları doğumda Lamaze felsefesini oluşturmaktadır. Bu felsefe ayrıca Mother Friendly Childbirth Initiative (MCFI)'in de (Anne dostu doğum girişimi) normal doğum standartlarını oluşturmaktadır (Lamaze International2009). Bunlar;

- 1.Doğum kendi başlamalıdır.
- 2.Doğum boyunca hareket özgürlüğu olmalıdır.
- 3.Anneye doğum sürecinde fiziksel ve duygusal destek verilmelidir.
- 4.Gereksiz müdahalelerden kaçınılmalıdır.
- 5.Doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.
- 6.Doğum sonrasında anne ve bebek birlikte kalmalıdır.

1.3.7. Ağrısız Doğum

Doğum analjezisinin amacı; annenin uyanıklığını, motor fonksiyonlarını, doğumun ilerlemesini ve bebeğin sağlığını etkilemeden güvenli ve ağrısız bir doğum eylemini gerçekleştirmektir. Doğum analjezisi amacıyla en sık kullanılan rejyonel analjezi

teknigi'dir. Rejyonel bloklar; hastanın bilincini etkilemeden doğum ağrısını gidererek annenin eyleme katkısını sağlar (Coşar 2007). Epidural (peridural) anestezi ya da sık bilinen adıyla "ağrısız doğum", doğum eyleminde veya sezaryen operasyonunda ağrı hissini ortadan kaldırmak için kullanılan özel bir lokal anestezi şeklidir (Yıldız 2012). Epidural analjezi doğum sırasındaki fizyolojik yanıtları en aza indirir. Bu sayede gebe kadın uyanık kalır ve sedatif yan etkiler ortaya çıkmaz (Uyar ve Karaman 2005).

Genel olarak "epidural anestezi" adıyla bilinen bu anestezi şeklinin aslında üç uygulama şekli bulunmaktadır (Coşar2007, Ogata ve ark 2007, Töre ve ark 2009, Halpern ve ark 2009, Yıldız 2012):

1. Saf epidural anestezi (normal doğum ve sezaryende)
2. Spinal anestezi (yalnızca sezaryende)
3. Epidural-spinal veya diğer adıyla kombine anestezi (yalnızca sezaryende)

1.3.7.1. Endikasyonları

Maternal endikasyonları ağrısız doğum, hipertansiyon, maternal riskler ve çoğul gebeliktir. Fetal endikasyonlar ise erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin fetal kayıp veya anomali, makat geliş, plasental yetmezlik ve uterusun düzensiz kasılmasıdır (Erdine 2005).

1.3.7.2. Kontrendikasyonlar

Mutlak kontrendikasyonlar; gebenin yöntemi benimsemeyişi, sistemik veya girişimin yapılacağı yerde enfeksiyon, pıhtılaşma bozukluğu, sepsis ve kafa içi basınç artışıdır. Göreceli kontrendikasyonlar da vertebral kolonda anatomik bozukluk, demiyelizan hastalıklar, kalp hastalıkları, periferik nöropati ve gebenin koopere olmamasıdır (Türkan ve Saygın 2002).

1.3.7.3. Yararları

Yararları şu şekilde sıralanabilir (Erdine 2005, Yıldız 2012):

- Travay ve doğum sırasında ağrı olmaz.
- Uterus kontraksiyonlarının gücünü ve frekansını artırarak birinci dönemin süresini kısaltır.
- Bazı ilaçların tersine, doğumdan önce ve sonra uyuklama yapmaz.
- Bilinç açık olduğundan mide içeriğinin aspirasyonunu önler.

- Bebeğe çok az ilaç ulaşır.
- İnterkostal, diafragmatik ve abdominal motor fonksiyonlar korunduğundan, gebe ikinci dönemde doğuma aktif olarak katılabilir.
- Hastane personelinin sıkı monitörize etmesi, doğuran anneye güven verir.
- Anne bebeği ile doğar doğmaz iletişim kurabilir.
- Postpartum muayene ve epizyotomi ağrısızdır.

1.3.7.4. Riskleri

Riskleri şunlardır (Yıldızhan ve ark 2008):

- Annenin hareket ve yerçekimini kullanma yeteneğinin azalmasına bağlı travay yavaşlayabilir.
- Travay boyunca annenin yatakta başıyla aynı seviyede yatması gerekir. Anne İ.V. sıvı almalı ve elektronik fetal monitörizasyon yapılmalıdır. Annenin kan basıncı sık sık kontrol edilmelidir. Anneye olasılıkla riskleri olan kateterizasyon gerekebilir. Bebek riskleri olan forsepsle doğurtulmak zorunda kalabilir.
- Annenin kendi vücudunun kontrolü azalmıştır ve doğum sürecini hissedemez. Bu anne bebek bağlanmasını azaltabilir.
- Anne temel fiziksel ihtiyaçları için tamamıyla hemşire ve doktorlara bağlıdır.
- Epidural anesteziye bağlı olarak sistemik hipotansiyon, yetersiz analjezi, lokal anestetikğin venöz kaçıışı ve duranın perforasyonu görülebilir.

1.3.8. Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Tercihleri ve Nedenleri

Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa vajinal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedirler. Karar verme süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir. Kadınlara bu süreçte verilecek destek ve bilgilendirme ile onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilir. Bunun için gebelerin doğum öncesi dönemde, özellikle son trimesterde vajinal ve sezaryen doğum konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekir (Todman 2007).

1.3.8.1. Gebelerin normal doğumu tercih etme nedenleri

Kadınlar genellikle normal ve doğal doğum yapma düşüncesi ve arzusu içindedirler. Yurt dışında yapılan bir çalışmada kadınların normal doğumu tercih etme oranı %90 olarak belirtilmektedir (Kudish ve ark 2010). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise %57.4-87 arasında değişmektedir (Duman ve ark 2007, Büyükbayrak ve ark 2010,

Canbal ve ark 2014, akmak ve ark 2014, Yıldız ve ark 2014). Gaziantep'te kadınların sezaryen doğum hakkındaki düşüncelerinin incelendiği çalışmada ise %46.7'sinin ameliyat sürecinin ağrılı ve korku verici olması nedeniyle normal doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir (Özkar 2011).

Normal doğum ülkemizde dini açıdan önerilmekte ve sezaryen sonrası fazla sayıda doğum yapılamayacağı inancı ile kadınlar aileleri tarafından zorunlu hallerde dahi vajinal doğuma teşvik edilmektedir (Önderoğlu ve ark 2005). Anne için güvenli olması ve daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi (%54.3) en önemli tercih nedenidir (Karabulutlu 2012). Kadınların normal doğumu tercih etme nedenleri genellikle şunlardır (Duman ve ark 2007, Yaşar ve ark 2007, Danso ve ark 2009, Vatansever 2009, Sayiner ve ark 2009, Büyükbayrak ve ark 2010, Saoji ve ark 2011,BRASIL 2012, Karabulutlu 2012, Yanikkerem ve ark 2013):

- Doğumun normal bir olay olması ve kendiliğinden gerçekleşmesi
- Kontrol duygusunun elinde olması
- Normal doğumu deneyimlemek isteme
- Erken iyileşme ve hastaneden erken taburcu olma
- Düşük komplikasyon oranı
- Anestezi yada operasyon korkusu
- Hekim isteği
- Bebeğe daha iyi bağlanma
- Bebekle iletişimin ve etkileşimin daha çabuk kurulması
- Kendini abuk toplama isteği
- Annelik içgüdüsunü artırma
- Ekonomik sebepler
- Bebeğin hemen emzirilebilmesi
- Güvenilir olduğunu düşünme
- Normal doğumun en iyi olduğunu düşünme
- Kültürel nedenler
- Eşin normal doğum konusunda kadını desteklemesi
- Normal doğumda prematür doğum insidansının daha düşük olması
- Doğum sonu enfeksiyon ve komplikasyonun daha az olması

1.3.8.2. Gebelerin sezaryen doğumu tercih etmeme nedenleri

Kadınların sezaryen doğumu tercih etme oranı ortalama %0.3-48 arasında bildirilmektedir (McCourt ve ark 2007, Kudish ve ark 2010, Ecker 2013). Kanada, İngiltere, Avustralya ve İsveç'te kadınların %6-15'i sezaryen ile doğum yapmak istemektedir (Weaver ve ark 2007). Norveç'te kadınların %10'u, İtalya'da ise %20'si sezaryeni tercih etmektedir (Kringeland ve ark 2009). Sezaryen isteği oranı Singapur'da %3.7 (Chong ve Mongelli 2003), İngiltere ve Kuzey İrlanda'da %7 (Penna ve Arulkumaran 2003, Nzewi ve Penna 2011), Brezilya'da %36 (Hopkins 2000) ve Amerika'da %32.8 (Martin ve ark 2012)'dir. Yanikkerem Uçum ve ark (2010) ile Çakmak ve ark (2014) tarafından yapılan çalışmada, sezaryen doğumda anne istemi %3-36.2 olarak bildirilmiştir.

Sezaryeni tercih etmenin en yaygın nedeni medikal, psikolojik veya obstetrik durum ve önceki komplikasyonlardır (Karlström ve ark 2010). Önceki doğum şekli, vajinal doğum korkusu, kadınların eski yıllara göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, operatif teknolojideki gelişmelerle fiziksel riskin azalması ve daha konforlu olması, annenin eğitimi, sosyoekonomik faktörler, sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi, bebeklerinin sağlığı için endişelenmeleri, güvenli bulma, önceki doğumla ilgili olumsuz deneyimler ve doğum korkusu sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasındadır (Ecker ve Frigoletto 2007, Yanikkerem ve ark 2007, Weaver ve ark 2007, Duman ve ark 2007, O'Leary ve ark 2007, Karakuş ve Şahin 2008, Sayiner ve ark 2009, Nieminen ve ark 2009, YanikkeremUçum ve ark 2010, Saoji ve ark 2011, Nilsson ve ark 2012). Sahlin ve ark (2013) tarafından yapılan çalışma sonucuna göre ise kadınlar yoğun duygusal durumlardan dolayı ilk gebeliğinde planlı sezaryen doğumu istemektedir. Akyol ve ark (2011), sezaryen tercihinin etkileyen en önemli faktör olarak sezaryen operasyonunun planlı olması ve kısa sürmesini saptamışlardır.

Weaver ve ark (2007)'in çalışmasında, ulusal sezaryen oranının artışında etkili olan önemli faktörün anne istemi olduğu belirtilmektedir. Görünürde kendi isteği ile sezaryeni tercih etmenin altında yatan birçok neden vardır. Bu etmenlerden birisi doktor yönlendirmesidir. Doktorların sezaryeni tercih nedenleri; kolay olması, gerçekleşme zamanının belli olması, sürenin yönetilebilmesi, normal doğuma hazırlıksız olması, maddi yönden kazanç sağlaması, doğumun daha kısa sürede gerçekleşmesi, sezaryen sonrası vajinal doğum uygulamalarının yetersizliği ve elektif vakalardaki artış, hatalı tıbbi uygulamalar sonucunda dava edilebilme korkusu ve doğumda risk almak istememeleridir.

Bunlara ek olarak, yenidoğanı doğum travmasından koruyacağı ve normal doğuma bağlı olarak pelvik relaksasyon ve üriner inkontinanstı koruyacağı inancı da önemli nedenler arasındadır (Şahin ve ark 2009).

Gaziantep'te kadınların normal doğum hakkındaki düşüncelerinin incelendiği çalışmada %60.4'ünün normal doğumun ağırlı ve korku verici olması nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri tespit edilmiştir (Özkar 2011).

Sezaryen, özellikle sağık çalışanları açısından da tıbbi endikasyon olmaksızın çok tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir (Ceylantekin 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada doğum yapan sağık personelinin %53.1'inin sezaryen doğumu tercih ettiğı bulunmuştur. Sezaryen doğumu seçme nedeni olarak birinci sırada ağırı yer almaktadır. Normal doğum yapan sağık çalışanlarının sadece %15.8'inin epidural analjezi ile doğumlarını gerçekleştirdikleri saptanmıştır (Duman ve ark 2007).

1.3.9. Doğum Şekli Tercihinde Hemşirenin Rolü

Doğum eylemi, kadınlar için fiziksel ve duygusal etkileri olan önemli bir deneyimdir (Barnett 2008, Khreshch 2010, AWHONN 2011). Doğumda kaliteli bir hemşirelik bakımı, kadına olumlu bir doğum deneyimi sağılamak için çok önemlidir (Adams ve Bianchi 2008). Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliğı ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliğı nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesi ve karşılanmasında en uygun kişidir (Bektaş 2008, Gözükar ve Eroğılu 2008, AWHONN 2011). Kadınların doğum tercihlerini arkadaş çevreleri, medya ve sağık personeli gibi birçok faktörün etkilemesi nedeniyle (Önderoğılu ve ark 2005, Gözükar ve Eroğılu 2008, Saymer ve ark 2009), doğum öncesi dönemde verilecek hemşirelik bakımı ve desteğı özel önem arz etmektedir.

Normal doğum eylemi, bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağırı kaynaklarından biri olarak gösterilmektedir. Doğum ağrısının yönetimi anne bakımının temelini oluşturmaktadır. Bireyin ağırı algısı eğitim, kültür, halsizlik, uyku sorunları gibi faktörlerden etkilenmektedir. Ağırı ile baş etmede, prenatal eğitimin etkili faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Bu eğitim doğum eylemi sırasında annenin rahatlamasını sağılamakta ve böylece doğum ağrısıyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır (Taşçı ve Sevil 2007).

Perinatal bakımın genel amacı; anne ve bebeğın sağılığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağılanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en

aza indirmektir (AWHONN 2010, Oktay 2012). 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. Prenatal dönemde gebe eğitiminin birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Eğitimin eşler arasındaki ilişki ve annelik rolüne bağlanma üzerine olumlu etkisinin olduğu (Mete 2008), postpartum dönemde sosyal desteği artırdığı, gebelerde sağlık bilincini yükselttiği, annenin gebelik ve doğum eylemi sorunlarıyla baş etme gücünü, doğum esnasında kendine güvenini sağladığı ve anksiyeteyi azalttığı, ayrıca normal doğuma eğilimi artırdığı belirtilmektedir (Crawford 2009).

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (DÖBYR)'ne göre, gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmeyen her gebenin en az 4 kez nitelikli izlenmesi, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize etmek kaydıyla bir üst düzey hastaneye sevklerinin gerçekleştirilmesi ve bilgilendirme, danışmanlık rollerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). The United Nations Children's Fund (UNICEF) ve DSÖ'nün 15 Eylül 2011 tarihindeki açıklamalarında; en az bir kez DÖB alma oranı Küba, Finlandiya ve Avusturya'da %100, Fransa ve ABD'de %99, Afganistan'da %37, Somali'de %32'dir. Türkiye'de ise bu oran Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)'nce yapılan 2013 TNSA verilerine göre %89'dur.

Antenatal eğitimin amacı sadece doğum ağrısıyla baş etmeyi kolaylaştırmak değil, istendik sağlık alışkanlıkları kazandırmak, stres yönetimi ve anksiyeteyi azaltmak, en temel ve değişmeyen amacı ise kadının normal doğum yapacağına olan güvenini artırmaktır (Reeder ve ark 1997, Enkin ve ark 2000, Dick-Read 2004). Bu en iyi gebe sınıfları/doğuma hazırlık sınıfları ile mümkündür.

Gebe eğitim sınıflarında temel amaç; ebeveynlerin gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme uyumlarını sağlamak, normal doğumu desteklemek, farklı teknikler göstererek anne adayını ağrısız doğuma hazırlamak ve onları ebeveynlik konusunda yetkin hale getirmektir (Coşkun 2007). Bu sınıflarda doğal doğum önerilmesine karşın, tüm doğum yöntemleri ve komplikasyonları öğretilmektedir. Çiftler, bu eğitimlerinde kendileri için olumlu olduğunu düşündükleri doğum yöntemini seçmede yardım alırlar (Freda 2002).

Gebelik döneminde doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebe kadın ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, bu süreçlere uyumunu kolaylaştıracaktır (Bektaş 2008; Gözükara ve Eroğlu 2008). Gebelerin doğumun planlanmasına katkıda bulunabilmesi için eğitim hizmetini, çiftlerin/gebelerin doğum şekilleri konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerine ve bilgilerindeki eksikliklere ve yanlışlıklara göre planlanması gerekmektedir. Hemşireler tüm seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerini çiftlerle/kadınla tartışmalı, yönlendirici olmamalı, karar vermesi gerektiğinde kişiyi desteklemeli, kararına saygı duymalı ve çiftlerin/kadının kendisi için uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmalıdır (Şahin ve ark 2007, Gözükara ve Eroğlu 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013). Ayrıca, doğum eylemi süresince kadının fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılama, bilgilendirme ve haklarını savunma görevleri de bulunmaktadır (Adams ve Bianchi 2008, Karaçam ve Akyüz 2011). Doğum korkusunun azaltılması ve bilgilendirme, kadının davranışlarını kontrol etme ve olumlu duygu hissetmesini sağlayabilir, kendine güvenini artırabilir, ayrıca doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilir (Hardin ve Buckner 2004, Adams ve Bianchi 2008). Sonuç olarak hemşirelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde aktif rol alması ülkemizde normal doğum oranlarının artmasını ve sezaryen doğum oranlarının azalmasını sağlayacaktır. Bunun için hemşire/ebelerin mezuniyet öncesinden itibaren “Gebe Eğitimleri” programında yer almaları, hatta sertifikalandırılması bu istendik duruma katkı sağlayacaktır (Dinç ve ark 2014).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, Gaziantep'in Yavuzeli ilçe merkezindeki birinci basamak sağlık kurumunda bulunan gebe kadınların doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Gaziantep'in Yavuzeli ilçe merkezindeki birinci basamak sağlık kurumunda (Toplum Sağlığı Merkezi-TSM) yapılmıştır. Yavuzeli ilçesinin toplam nüfusu 21347, ilçe merkezinin nüfusu ise 3746'dır. TSM'ye bağlı olarak izlenen mart ayı gebe sayısı 288 olup, bunların 159'u ilçe merkezindedir. Yavuzeli ilçesindeki TSM'de üç aile hekimi, iki hemşire ve bir ebe çalışmaktadır. Aile hekimlerinden ikisi ilçe merkezinde bulunan gebeleri, biri ise köylerde bulunan gebelerin takibinden sorumludur. Her gebe için dört kez izlem yapılmaktadır. İlk izlem gebeliğin ilk 14 haftası içinde, ikinci izlem 18-24., üçüncü izlem 28-32., son izlem ise 36-38. haftalarda yapılmaktadır.

Yavuzeli ilçesi TSM çalışanları ve araştırmacının gözlemlerine dayanarak; bu bölgede yaşayan kadınların genellikle orta gelir düzeyindeki ailelerden oluştuğu söylenebilir. İlçe merkezinde oturan kadınlar genellikle ev hanımıdır ve eğitim düzeyleri düşüktür. Bu bölgede evler genellikle müstakildir. Bu bölgede yaşayan gebeler genellikle doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetleri için Gaziantep ilinde bulunan özel hastanelere başvurumaktadırlar.

Gebe izlemleri hemşire/ebeler tarafından TSM'de bulunan gebe izlem odasında yapılmaktadır. Gebe izlemleri Sağlık Bakanlığı'nın önerileri doğrultusunda yapılmaktadır. TSM'de doğuma hazırlık sınıfı bulunmamakta, ancak izlemler sırasında gebelere hemşire, ebe ve aile hekimleri tarafından doğumla ilgili bilgiler (normal doğum, sezaryen doğum, doğum sonu dönem, bebek bakımı) verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Gaziantep İli Yavuzeli İlçesi'ndeki TSM'de gerçekleştirilen araştırmayla ilgili işlemler ve zamanı Çizelge 2.3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmayla ilgili işlemler ve zamanı

İşlemler	Zaman
Literatür taraması	01 Şubat-01 Mayıs 2014
Konu seçimi	02 Mayıs 2014
Tez önerisi ve veri toplama formunun hazırlanması	02 Mayıs-01 Kasım 2014
Tez önerisi sunumu	01 Kasım-01 Aralık 2014
Veri toplama formunun uzman görüşüne sunulması ve yeniden düzenlenmesi	02Aralık 2014-20Ocak 2015
Etik Kurul izninin alınması	30 Ocak2015
Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden resmi izin alınması	24 Mart 2015
Pilot uygulama	25Mart-30 Mart 2015
Verilerin toplanması	31 Mart-30 Nisan 2015
Veri girişleri	01 Mayıs-10 Mayıs 2015
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi	11 Mayıs-21 Mayıs 2015
Rapor yazımı ve teslimi	27 Ağustos 2015
Etik Kurul Uygunluk Onayı'nın alınması	28 Ağustos 2015

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gaziantep'in Yavuzeli ilçesindeki TSM'de çalışan üç aile hekiminden ilçe merkezine bakan iki aile hekiminin takip ettiği tüm gebeler oluşturmuştur. Yavuzeli ilçe merkezinden sorumlu aile hekimlerinin Mart ayında takip ettiği gebe sayıları 75 ve 84 olmak üzere toplam 159'dur. Gebe kadınlara ilişkin bilgiler, TSM'de çalışan iki hekimin bilgisayarlarından ve Gebe Lohusa İzlem Fişleri'nden tespit edilmiştir. Ancak, bu kadınlardan dördünün depresyon tanısı almış olması, beşinin gebeliğin devamını düşünmediği için hastaneye sevk edilmiş olması, onüçünün ziyaretler sırasında evde olmaması, onbeşinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve yedisinin ise ziyaret sırasında doğum yapmış olması nedeniyle toplamda 44 gebe kadın çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, evrenin %66'sına ulaşılmış ve örneklemi ulaşılan 105 gönüllü gebe kadın oluşturmuştur.

Çizelge 2.4.1.Araştırmanın yapıldığı mahalleler ile örnekleme alınan ve ulaşılan gebe sayıları

Toplum Sağlığı Merkezi	Mahalleler	Alınan Gebe Sayısı	Ulaşılan Gebe Sayısı
TSM	Fevzi Çakmak, Hürriyet, Cumhuriyet, Cingife ve Sultan Selim Mahallesi	159	105

2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

2.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya sağlıklı iletişim kurabilen, tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı bulunmayan ve çalışmaya katılmaya istekli/gönüllü gebeler dahil edilmiştir.

2.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya katılmak istemeyen ve doğum yapan kadınlar örnekleme alınmamıştır.

2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

2.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatüre göre (Yanikkerem Uçum ve ark 2010, Sayiner ve ark 2009, Gözükara ve Eroğlu 2008, 2011) araştırmacı tarafından hazırlanan Soru Formu kullanılmıştır. Soru Formu iki bölümden oluşmaktadır. Tanıtıcı bilgilerin bulunduğu 1. bölümde gebelerin sosyodemografik (8 soru) ve obstetrik özellikleri (13 soru) ile doğum şekline yönelik bilgileri (3 soru) yer almaktadır. İkinci bölümde ise gebelerin doğum şekli konusundaki görüş ve tercihlerine yönelik 21 soru bulunmaktadır. Soru formu toplam 45 sorudan oluşmaktadır. Form kapsam, anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında dört öğretim üyesine verilerek görüşleri alınmış ve önerileri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir.

2.6.1.1. Ön Uygulama

Literatüre göre araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu (Ek 2)'ndeki soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini geliştirmek amacıyla, Yavuzeli ilçesi'nde araştırma dışında bırakılan ve merkeze yakın olan köylerde (Yörelî ve Ballık) bulunan 10 gebe kadında ön uygulama yapılmıştır. Bu kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir. Uygulama sonunda soru formunda anlaşılmayan, uygulanabilirliği sıkıntı yaratan ve eksik kalan bölümler yeniden düzenlenmiş ve son şekli verildikten sonra veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

2.6.2. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından 31 Mart-30 Nisan 2015 tarihleri arasında gebelerin evlerinde ziyaret edilmesi ve TSM'ye kontrol için geldikleri sırada toplanmıştır. Araştırma

için öncelikle kurumdan resmi izin alınmıştır (Ek 3 ve Ek 4). Soru formu uygulanmadan önce, gebelere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve içeriği açıklanmış, daha sonra sözlü ve yazılı onamları (Ek 1) alınmıştır. Soru formu, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere ev ziyareti yapılarak ya da TSM’de kontrol için geldikleri sırada ayrı bir odada yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru-cevap yöntemi ile doldurulmuştur. Form, yaklaşık 15-20 dakikada doldurulmuştur.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 15.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Veriler yüzdeler, aritmetik ortalama ve Ki-Kare testi ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde hata (yanılma) payı 0.05 olarak alınmıştır.

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada, gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmada gebelerin sosyodemografik, obstetrik, son doğum ile ilgili özellikleri ve doğum şekli bilgileri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama aşamasında bazı güçlükler yaşanmıştır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan gebelerin evlerine ulaşım evlerinin birbirlerinden uzak olması, adreslerinin bulunamaması ve gebeleri evlerinde bulamama gibi nedenlerle zor olmuştur. Bu durum ziyaretlerin planlanandan daha fazla sayıda yapılmasına neden olmuştur.
- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, gebelerin çoğuna konuyla ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra onamları alınarak uygulanmıştır. Bu şekilde ancak, evrenin %66’sına ulaşılabilmiştir.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada soru formu araştırmacı tarafından gebelerin evlerinde veya kontrol için geldikleri sırada ayrı bir odada soru-cevap yöntemi ile doldurulmuştur. Bu nedenle, araştırma bulguları gebelerin verdiği yanıtla sınırlıdır. Ayrıca, gebelere ulaşmak için tekrarlı ziyaretler yapılmasına rağmen 44'üne ulaşılammış ve örneklem sayısı beklenenden daha az olmuştur. Bu nedenle araştırmadan elde edilen veriler daha büyük örneklem gruplarında farklılaşabilir. Araştırmadan verileri örneklem ile sınırlıdır ve genellenemez.

2.10. Araştırmada Etik

Araştırmaya başlamadan, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay alınmıştır (Ek 3). Ayrıca Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden resmi izin (Ek 4) alınmıştır. Örnekleme alınan kadınların sayı ve adreslerine ulaşmak ve araştırma verilerini toplayabilmek için TSM'de çalışan aile sağlığı hekimlerine araştırma hakkında yazılı ve sözlü bilgi verilmiş ve sözel onamları alındıktan sonra veriler toplanmıştır. Evlerinde ziyaret edilen ve TSM'ye kontrol için gelen gebelere, öncelikle araştırma hakkında kapsamlı bilgi verilmiş ve gönüllü olan kadınlardan yazılı (Ek 1) ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara "gizlilik" ilkesine bağlı kalınarak güvenleri sağlanmıştır. Araştırma verileri toplandıktan ve değerlendirildikten sonra Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan Etik Kurul Uygunluk Onayı (Ek 5) alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

3.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri

Çizelge 3.1.1.1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri (N= 105)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Yaş			
15-24	27	25.71	28.77±6.62
25-34	57	54.29	
35-44	21	20.00	
Medeni Durum			
Evli	104	99.05	
Bekar	1	0.95	
Evlilik Yaşı			
10-19	38	36.19	20.96±4.04
20-24	51	48.57	
25-39	16	15.24	
Eğitim Durumu			
≤ İlkokul	64	60.95	
≥ Ortaokul	41	39.05	
Çalışma Durumu			
Ev hanımı	93	88.57	
Çalışan	12	11.43	
Yaşadığı yer			
Köy+Kasaba	86	81.90	
Büyükşehir	19	18.10	
Aile tipi			
Çekirdek aile	64	60.95	
Geniş aile	41	39.05	
Gelir durumu			
Gelir giderden az	12	11.43	
Gelir gidere denk	83	79.05	
Gelir giderden fazla	10	9.52	

Çizelge 3.1.1.1’de gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Yaş ortalaması 28.77 ± 6.62 olan gebelerin %54.27’si 25-34 yaş grubundadır ve tamamına yakını evlidir (%99.04). Evlilik yaşı ortalaması 20.96 ± 4.04 olan gebelerin %48.57’si 20-24, %36.19’u 10-19 yaşlarında evlenmişlerdir. Kadınların %60.95’i ilkokul ve altı eğitim görmüşlerdir. Çoğu (%88.57) ev hanımı olan gebelerin %81.90’ının en uzun süre köy ve kasabada yaşamışlardır. Buna karşın %60.95’inin çekirdek aile tipinde olduğu ve %79.05’inin gelir gider durumunu denk olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

3.1.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Çizelge 3.1.2.1. Gebelerin Obstetrik Özellikleri (N= 105)

Obstetrik Özellikler	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Parite			
Primigravida	15	14.29	2.90±1.67
Multigravida	90	85.71	
Yaşayan Çocuk Sayısı (n= 90)			
1-2	71	78.89	1.68±1.25
≥ 3	19	21.11	
Bu Gebelikte Doğum Öncesi Kontrole Gitme			
Hayır	8	7.62	
Evet	97	92.38	
Bu Gebelikte Doğum Öncesi Kontrole Gittiği Yer (n=97)*			
Özel hastane	46	47.42	
Devlet hastanesi	40	41.24	
Aile sağlığı merkezi	24	24.74	
Özel muayenehane	5	5.15	
Üniversite hastanesi	1	1.03	
Doğuma Hazırlık ve Doğum Şekli Hakkında Bilgi/Eğitim Alma			
Hayır	28	26.67	
Evet	77	73.33	
Doğuma Hazırlık ve Doğum Şekli Hakkında Bilgi/Eğitim Alınan Yer (n=77)*			
Doktor	45	58.44	
Ebe/Hemşire	44	57.14	
İnternet	11	14.28	
Aile büyükleri	9	11.68	
Doğuma hazırlık sınıfı	2	2.59	
Okul	2	2.59	
Doğuma Hazırlık ve Doğum Şekli Hakkında Alınan Bilginin Yeterliliği (n= 77)			
Evet	50	64.94	
Kısmen	27	35.06	

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çizelge 3.1.2.1, gebelerin bazı obstetrik özelliklerini göstermektedir. Gebelerin %85.71'i multigravidadır. Ortalama 1.68±1.25 çocuğu olan gebelerin %78.89'u 1-2 çocuğa sahiptir. Kadınların %92.38'inin şimdiki gebeliğinde doğum öncesi kontrollere gittiği ve en fazla özel hastane (%47.42) ve devlet hastanesi (%41.23)'sini tercih ettikleri saptanmıştır. Gebelerin doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında bilgi/eğitim alma durumuna bakıldığında; %73.33'ünün bilgi aldığı, bilginin en fazla doktor (%58.44) ve ebe/hemşireden (%57.14) alındığı ve %64.94'ünün aldığı bilgiyi yeterli bulduğu saptanmıştır.

3.1.3. Gebelerin Son Doğumları İle İlgili Özellikleri

Çizelge 3.1.3.1. Gebelerin Son Doğumları İle ilgili Özellikleri (N= 90)

Son Doğum İle İlgili Özellikler	n	%
Son Doğumunu Yaptığı Yer		
Özel hastane	31	34.45
Devlet hastanesi	58	64.44
Ev	1	1.11
Yaptığı Doğum Şekline Yönelik Sorun Yaşama Durumu		
Hayır	86	95.56
Evet	4	4.44
Son Doğum Şekli		
Normal Doğum	56	62.22
Sezaryen	34	37.78
Son Doğumunu Normal Doğum İle Yapma Nedeni (n= 56)*		
Doğal ve spontan	27	48.21
Anne-bebek için sağlıklı	11	19.64
Doktor istemi	8	14.28
Ağrısız ve çabuk iyileşme	4	7.14
Ekonomik sebepler	3	5.35
Ameliyat korkusu	2	3.57
Anne istemi	1	1.78
Normal Doğumda Sorun Yaşama (n=56)		
Hayır	54	96.43
Evet	2	3.57
Son Doğumunu Sezaryen İle Yapma Nedeni (n= 34)		
Tıbbi endikasyon	20	58.82
Doktor istemi	7	20.60
Ağrısız ve çabuk iyileşme	3	8.82
Anne isteni	3	8.82
Anne-bebek için sağlıklı	1	2.94
Sezaryende Sorun Yaşama (n=34)		
Hayır	32	94.12
Evet	2	5.88
Son Yaptığı Doğum Şeklini Önerme Durumu		
Hayır	12	13.3
Evet	78	86.7
Normal Doğumu Önerme (n=56)		
Hayır	51	91.07
Evet	5	8.93
Sezaryeni Önerme (n=34)		
Hayır	27	79.41
Evet	7	20.59

Çizelge 3.1.3.1’de gebelerin yaptıkları son doğum şekli ile ilgili özellikleri görülmektedir. Katılımcıların %64.44’ü devlet, %34.45’i özel hastanede doğum yapmışlardır. Gebelerin %62.22’sinin normal ve %37.78’inin sezaryen doğum yaptığı ve %95.56’sının son doğumunda sorun yaşamadığı saptanmıştır. Normal doğum yapan 56 gebenin %48.21’inin doğal ve spontan, %19.64’ünün anne ve bebek için sağlıklı olması ve %14.28’inin doktor istemi nedeniyle normal doğumu tercih ettiği, %96.43’ünün doğumda

sorun yaşamadığı, buna karşın %97.01'inin normal doğumu önermediği saptanmıştır. Son doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren 34 gebenin %58.82'sinin tıbbi endikasyon, %28.58'inin doktor istemi nedeniyle sezaryen olduğu, %94.12'sinin sorun yaşamadığı, ancak %79.41'inin bu doğum şeklini önermediği görülmüştür.

3.1.4. Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Bilgileri

Çizelge 3.1.4.1. Gebelerin Doğum Şekline Yönelik Bilgileri (N= 105)

Doğum Şekli Bilgileri	n	%
Doğum Şekillerini Bilme Durumu		
Hayır	1	0.95
Evet	64	60.95
Kısmen	40	38.10
Bildiği Doğum Şekli (n=104)*		
Normal doğum	98	94.23
Sezaryen	86	82.69
Suda doğum	1	0.96
Doğum Şeklini Öğrendiği Yer/Kişi (n=104)*		
Sağlık personeli	75	72.11
Doğum yapmış akraba/tanıdık	56	53.84
Arkadaş	45	43.26
Kitle iletişim araçları	33	31.73
Okul, işyeri	5	4.80

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çizelge 3.1.4.1'de gebelerin doğum şekline yönelik bilgileri yer almaktadır. Kadınların %60.95'inin doğum şekillerini bildiği, bunların %94.23'ünün normal doğumu, %82.69'unun sezaryeni ve %0.96'sının suda doğumu bildiği saptanmıştır. Doğum şekline ilişkin bilgiler en fazla sağlık personeli (%72.11), doğum yapmış akraba/tanıdık (%53.84), arkadaş (%43.26) ve kitle iletişim araçları (%31.73)'ndan alınmıştır.

Çizelge 3.1.4.2. Gebelerin Doğum Şekline Yönelik Bilgi Alma İstekleri (N= 105)

Bilgi Alma İsteği	n	%
Doğum Şekli Hakkında Ayrıntılı Bilgi Alma İsteği		
Hayır	8	7.62
Evet	97	92.38
Bilgi Almak İsteddiği Doğum Şekli (n=97)*		
Normal Doğum	62	63.91
Sezaryen	58	59.79
Suda doğum	5	5.15
Doğum Şekli Hakkında Bilgi Almak İsteddiği Kişi (n=97)*		
Sağlık personeli	82	84.54
Fark etmez	20	20.61
Doğum yapan akraba/tanıdıklar	2	2.06
Kitle iletişim araçları	2	2.06
Doğum Şekli Hakkında Bilgi Almak İsteddiği Zaman (n=97)		
Gebelik öncesi ve gebelikte	69	71.13
Doğuma yakın ve doğumda	25	25.77
Fark etmez	3	3.10

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Gebelerin %92.38'i doğum şekilleri hakkında bilgi almak istemektedir. Bilgi almak isteyenler en çok normal doğum (%63.91) ve sezaryen (%59.79), en az suda doğum (%5.15) hakkında bilgi almak istemektedir. Doğum şekilleriyle ilgili bilgi sağlık personelinden (%84.54) istenirken, %20.61'i fark etmediğini bildirmiştir. Bilgi almak istedikleri zaman dilimi en çok gebelik öncesi ve gebelik dönemi (%71.13) ile doğuma yakın ve doğum sürecidir (%25.77) (Çizelge 3.1.4.2).

3.2. Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Görüş ve Tercihlerine İlişkin Bulgular

3.2.1. Gebelere Göre Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekli

Çizelge 3.2.1.1. Gebelere Göre, Kadınların Tercih Etmeleri Gereken Doğum Şekli (N=105)

Kadınların Tercih Etmeleri Gereken Doğum Şekli	n	%
Gebe/Eşlere Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumu		
Hayır	36	34.29
Evet	35	33.33
Hatırlamayan	34	32.38
Kadınların Tercih Etmeleri Gereken Doğum Şekli		
Normal Doğum	80	76.19
Sezaryen	19	18.10
Fikri Yok	6	5.71
Kadınların Neden Normal Doğumu Tercih Etmeleri Gerektiği (n= 80)		
Doğal, sağlıklı ve çabuk iyileşme	61	76.25
Ağrısız, acısız ve kolay	9	11.25
Ameliyat korkusu	7	8.75
Doğurganlık	2	2.50
Ekonomik sebepler	1	1.25
Kadınların Neden Sezaryeni Tercih Etmeleri Gerektiği (n= 19)		
Ağrısız, acısız ve kolay	15	78.94
Doğal, sağlıklı ve çabuk iyileşme	2	10.53
Doğum korkusu	2	10.53

Çizelge 3.2.1.1, gebelerin kadınların tercih etmesi gereken doğum şekli ile ilgili görüşlerini göstermektedir. Gebelerin %34.29'u kendileri ve/veya eşlerine doğum şekli tercihlerinin sorulmadığını, %33.33'ü sorulduğunu, %32.38'i de hatırlamadığını bildirmiştir. Gebelere kadınların tercih etmesi gereken doğum şekli sorulduğunda; %76.19'u normal, %18.10'u ise sezaryen doğumu tercih etmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. "Kadınlar normal doğum tercih etmeli" diyen gebelerin %76.25'i normal doğumu doğal, sağlıklı ve çabuk iyileşmeden, "sezaryen doğumu tercih etmeli" diyenlerin de %78.94'ü sezaryeni ağrısız, acısız ve kolay olmasından dolayı tercih edilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Çizelge 3.2.1.2. Gebelere Göre Kadınların Tercih Etmemeleri Gereken Doğum Şekli (N=105)

TKadınların Tercih Etmemeleri Gereken Doğum Şekli	n	%
Kadınların Kesinlikle Tercih Etmemeleri Gereken Doğum Şekli		
Normal Doğum	13	12.38
Sezaryen	47	44.76
Fikri Yok	45	42.86
Kadınların Neden Normal Doğumu Tercih Etmemeleri Gerektiği (n= 13)		
Ağrılı ve zor	13	100.00
Kadınların Neden Sezaryeni Tercih Etmemeleri Gerektiği (n= 47)		
Sağlıksız ve zararlı	22	46.81
Ameliyat korkusu	16	34.04
Ağrılı ve zor	4	8.51
İnsizyon ve geç iyileşme	4	8.51
Doğurganlığı azaltması	1	2.13

Gebelere kadınların kesinlikle tercih etmemesi gereken doğum şekline ilişkin düşüncesi sorulduğunda; %44.76'sı sezaryeni ve %12.38'i normal doğumu tercih etmemeleri gerektiğini, %42.86'sı ise fikri olmadığını belirtmiştir. Gebeler, kadınların normal doğumu ağrılı ve zor buldukları (%100.00), sezaryeni ise sağlıksız ve zararlı (%46.91) ve ameliyat korkusu (%34.04) nedeniyle tercih etmemeleri gerektiğini ifade etmişlerdir (Çizelge 3.2.1.2).

Çizelge 3.2.1.3. Gebelere Göre Çevredeki Kadınların Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N=105)

Çevredeki Kadınların Tercih Ettikleri Doğum Şekli	n	%
Çevredeki Kadınların Tercih Ettiği Doğum Şekli		
Normal Doğum	71	67.62
Sezaryen	34	32.38
Çevredeki Kadınların Normal Doğumu Tercih Etme Nedeni (n= 71)*		
Doğal ve sağlıklı	44	61.97
Ağrısız, kolay ve çabuk iyileşme	13	18.31
Ekonomik sebepler	12	16.90
Ameliyat korkusu	2	2.82
Çevredeki Kadınların Sezaryeni Tercih Etme Nedeni (n= 34)		
Ağrısız, kolay ve çabuk iyileşme	28	82.36
Doğum korkusu	3	8.82
Doktor yönlendirmesi	2	5.88
Anne istemi	1	2.94

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Gebeler, çevrelerindeki kadınların %67.62'sinin normal doğumu, %32.38'inin de sezaryeni tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Gebeler, çevredeki kadınların normal doğumu

doğal ve sağlıklı (%61.97), sezaryeni ise ağrısız, kolay ve çabuk iyileşme (%82.36) nedeniyle tercih ettikleri yönünde görüş bildirmişlerdir (Çizelge 3.2.1.3).

3.2.2. Gebelere Göre Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyecek Kişiler

Çizelge 3.2.2.1. Gebelere Göre Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyecek İlk Üç Kişi (N=105)

Etkileyecek Kişiler	1. Kişi		2. Kişi		3. Kişi	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık personeli	70	66.66	33	31.42	15	14.28
Kendisi ve eşi	26	24.76	59	56.19	44	41.90
Aile ve aile yakınları	9	8.57	13	12.38	46	43.80

Çizelge 3.2.2.1’de gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyecek ilk üç kişi ile ilgili düşünceleri yer almaktadır. Gebelerin doğum şekli tercihini etkileyen en önemli 1. kişi sağlık personelidir (%66.66). Bunu 2. sırada kendisi ve eşi (%56.19) ile sağlık personeli (%31.42), 3. sırada da aile ve aile yakınları (%43.80) ile kendisi ve eşi (%41.90) izlemiştir.

3.2.3. Gebelere Göre Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiler

Çizelge 3.2.3.1. Gebelere Göre Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiler (N=105)

Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişi	n	%
Sağlık personeli	40	38.10
Kendisi ve/veya eşi	14	13.33
Birlikte (Kendisi/eşi ve ebe/doktor)	51	48.57

Gebelerin doğum şekline karar vermesi gereken kişi ile ilgili düşünceleri Çizelge 3.2.3.1’de görülmektedir. Gebelerin %48.57’si doğum şekline birlikte karar vermek istemektedir. Buna karşın azımsanmayacak bir oranı (%38.10) sağlık personelinin karar vermesi gerektiğini düşünmektedir. Kendisi ve/veya eşinin doğum şekline karar vermesi gerektiğini belirten gebelerin oranı oldukça azdır (%13.33).

3.2.4. Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde Tercih Ettikleri Doğum Şekli

Çizelge 3.2.4.1. Gebelerin Şimdiki Gebelikleri İçin Tercih Ettikleri Doğum Şekli ve Nedenleri (N= 105)

Tercih Edilen Doğum Şekli	n	%
Şimdiki Gebelikte Doğum Şekli Tercihinin Sorulma Durumu		
Hayır	59	56.19
Evet	46	43.81
Bu Gebelik İçin Tercih Edilen Doğum Şekli		
Normal Doğum	76	72.38
Sezaryen	29	27.62
Bu Gebelik İçin Normal Doğumu Tercih Etme Nedeni (n= 76)*		
Doğal, sağlıklı ve çabuk iyileşme	56	73.68
Acısız ve ağrısız	10	13.15
Kolay ve rahat	8	10.52
Ameliyat korkusu	1	1.31
Ekonomik sebepler	1	1.31
Bu Gebelik İçin Sezaryeni Tercih Etme Nedeni (n= 29)		
Acısız ve ağrısız	10	34.48
Tıbbi endikasyon	10	34.48
Kolay ve rahat	4	13.79
Doğum korkusu	3	10.34
Anne istemi	2	6.89

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çizelge 3.2.4.1, gebelerin kendi doğum şekli tercihlerini ve nedenlerini göstermektedir. Şimdiki gebeliklerinde kadınların %56.19'una doğum şekli tercihi sorulmadığı saptanmıştır. Gebelere bu gebeliklerinde tercih ettiği doğum şekli sorulduğunda, normal doğumu tercih edenlerin (%72.38) doğal, sağlıklı ve çabuk iyileşme (%73.68), sezaryen doğumu tercih edenlerin (%27.62) de ağrısız, acısız (%34.48) olması ve tıbbi endikasyon (%34.48) nedeniyle tercih ettikleri saptanmıştır.

Çizelge 3.2.4.2. Gebelerin Şimdiki Gebelikleri İçin Tercih Etmedikleri Doğum Şekli ve Nedenleri (N= 105)

Tercih Edilmeyen Doğum Şekli	n	%
Bu Gebelik İçin Tercih Edilmeyen Doğum Şekli		
Normal Doğum	63	60.00
Sezaryen	21	20.00
Suda Doğum	20	19.05
Fikri Yok	1	0.95
Bu Gebelik İçin Normal Doğumu Tercih Etmeme Nedeni (n= 21)		
Zor, ağrılı ve sancılı	15	71.43
Doğum korkusu	32	14.29
Tıbbi endikasyon	1	9.52
Ameliyat korkusu		4.76
Bu Gebelik İçin Sezaryeni Tercih Etmeme Nedeni (n= 63)		
Ameliyat korkusu	28	44.44
Sağlıksız ve riskli	14	22.22
İnsizyon ve geç iyileşme	13	20.64
Zor, ağrılı ve sancılı	8	12.70

Çizelge 3.2.4.2, kadınların bu gebelikte kendileri için tercih etmedikleri doğum şeklini ve nedenlerini göstermektedir. Bu gebelik için tercih edilmeyen doğum şekli sıralamasında normal doğum oranı %60.00, sezaryen oranı %20.00 ve suda doğum oranı %19.05 olarak bulunmuştur. Normal doğumu tercih etmeyen 63 gebenin %71.43'ü zor, ağrılı ve sancılı bulma ve %14.29'u doğum korkusu nedeniyle tercih etmezken, sezaryeni tercih etmeyen gebelerin nedenleri ameliyat korkusu (%44.44), sağlıksız ve riskli bulma (%22.22) ve insizyon ve geç iyileşme (%20.64) olarak sıralanmıştır.

Çizelge 3.2.4.3. Gebelerin Doğum Yapmak İstedikleri Yer ve Kişi Tercihleri (N= 105)

Doğum Yeri ve Kişi Tercih İle İlgili Görüşler	n	%
Bu Gebelikte Doğumunu Yapmak İstedığı Yer		
Özel hastane	51	48.57
Devlet hastanesi/Doğumevi	49	46.67
Üniversite hastanesi	3	2.86
Fikri Yok	2	1.90
Özel Hastaneyi Tercih Etme Nedeni (n= 51)		
Konforlu	34	66.67
Doktor	17	33.33
Devlet Hastanesi/Doğumevi'ni Tercih Etme Nedeni (n= 49)		
Ekonomik nedenler	23	46.93
Konforlu	18	36.73
Doktor	6	12.24
Diğer (Tecrübeli personel, özel hastanelerde sezaryen fazlalığı)	2	4.00
Doğumunu Yaptırmayı Düşündüğü Kişi		
Doktor	72	68.57
Ebe/Hemşire	16	15.24
Doktor/Hemşire/Ebe	17	16.19

Gebelerin %48.57'si özel hastanede, %46.67'si devlet hastanesinde doğum yapmak istemektedir. Özel hastaneyi tercih edeceğini belirten 51 gebenin %66.67'si rahat ve konforlu olması, %33.33'ü doktor nedeniyle, devlet hastanesi/doğum evini tercih edecek 49 gebenin %46.93'ü ekonomik, %36.73'ü de rahat ve konforlu olmasından dolayı istediklerini belirtmişlerdir. Gebelerin %68.57'si doğumlarını doktora yaptırmayı düşünmektedir (Çizelge3.2.4.3).

3.3. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli(N= 105)

Sosyodemografik Özellikler	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Yaş						
15-24	21	77.80	6	22.20	0.742	0.690
25-34	41	71.90	16	28.10		
35-44	14	66.70	7	33.30		
Medeni Durum						
Evli	75	72.10	29	27.90	1.000*	
Bekar	1	100.00	-	-		
Evlilik Yaşı						
10-19	32	84.20	6	15.80	6.731	0.034
20-24	36	70.60	15	29.40		
25-39	8	50.00	8	50.00		
Eğitim Durumu						
≤ İlkokul	45	70.30	19	29.70	0.351	0.554
≥ Ortaokul	31	75.60	10	24.40		
Çalışma Durumu						
Ev hanımı	69	74.20	24	25.80	0.305*	
Çalışan	7	58.30	5	41.70		
En Uzun Süre Yaşanan Yer						
Köy+Kasaba	64	74.40	22	25.60	0.987	0.320
Şehir	12	63.20	7	36.80		
Aile Tipi						
Çekirdek aile	48	75.00	16	25.00	0.567	0.453
Geniş aile	28	68.30	13	31.70		
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	9	75.00	3	25.00	0.859	0.651
Gelir gidere denk	61	73.50	22	26.50		
Gelir giderden fazla	6	60.00	4	40.00		

*Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 3.3.1'de gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre doğum şekli tercihleri yer almaktadır. Yaş grubu 15-24 arasında olan gebelerin %77.80'i 25-34 yaşındakilerin %%71.90'ı, 35-44 yaş grubunda olanların %66.70'i normal doğumu tercih

etmektedir. Gebelerin yaşı ile doğum tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p= 0.690$). Aynı şekilde evli olanların %72.10'u ve bekar bir gebe normal doğumu istemektedir ($p= 1.000$). Buna karşın gebelerin evlenme yaşları ve doğum şekli tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p= 0.034$). Evlenme yaşı 10-19 arasında olan kadınların %84.20'si, 20-24 yaşında olanların %70.60'ı normal doğumu ve 25-39 yaş arasındaki gebelerin %50'si sezaryen doğumu tercih etmektedir.

Eğitim durumu ortaokul ve üzeri kadınların %75.60'ı ve eğitimi ilköğretim ve altında olanların %70.30'u normal doğumu tercih etmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.554$) (Çizelge 3.3.1).

Gebelerin çalışma durumları, doğum şekli tercihlerinde etkili değildir ($p=0.305$). Ev hanımı olan kadınların %74.20'si normal doğumu tercih ederken, çalışan kadınların %58.30'u normal, %41.70'i de sezaryen doğumu tercih etmektedirler (Çizelge 3.3.1).

Yaşamını en uzun süre köy/kasabada geçiren gebelerin %74.40'ı, şehirde yaşayanların ise %63.20'si normal doğumu istemektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.320$) (Çizelge 3.3.1).

Aile tipine göre de doğum şekli tercihi etkili olmamaktadır ($p=0.453$). Çekirdek aile yapısına sahip kadınların %75.00'ı ve geniş aileye sahip kadınların %68.30'u normal doğumu tercih etmektedir (Çizelge 3.3.1).

Gelir durumuna bakıldığında ise; geliri giderden az olan kadınların %75.00'ı ve geliri giderinden fazla olan kadınların %60'ı normal doğumu tercih etmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.651$) (Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N=105)

Obstetrik Özellikler	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Parite						
Primigravida	12	80.00	3	20.00		0.756*
Multigravida	64	71.10	26	28.90		
Yaşayan Çocuk Sayısı						
1-2	50	70.40	21	29.60	0.78	0.781
≥ 3	14	73.70	5	26.30		
Doğum Öncesi Kontrole Gitme						
Hayır	8	100.00	-	-		0.103*
Evet	68	70.10	29	29.90		
Doğuma Hazırlık ve Doğum Şekli Hakkında Bilgi/Eğitim Alma						
Hayır	22	78.60	6	21.40	0.732	0.392
Evet	54	70.10	23	29.90		
Doğuma Hazırlık ve Doğum Şekli Hakkında Alınan Bilgi/Eğitimi Yeterli Bulma						
Hayır	32	64.00	18	36.00	2.841	0.092
Evet	23	82.10	5	17.90		

*Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Doğum şekli tercihi parite, yaşayan çocuk sayısı, doğum öncesi kontrollere gitme, doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında bilgi/eğitim alma ve doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında alınan bilgi/eğitimi yeterli bulma durumlarından etkilenmemektedir ($p>0.05$). Primigravidaların %80.00'ı ve multigravidaların %71.10'u normal doğumu tercih ederken ($p= 0.756$), üçten fazla yaşayan çocuğu olan gebelerin %73.70'i ve 1-2 yaşayan çocuğu olanların da %70.40'ı ($p=0.781$) normal doğumu tercih etmektedir (Çizelge 3.3.2).

Doğum öncesi kontrollere gitmeyen sekiz kadının tamamı ve kontrollere giden 68 kadının %70.10'u normal doğumu tercih etmektedir ($p= 0.103$). Gebelerin doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında alınan bilgi/eğitimi yeterli bulma durumu ile doğum tercihleri arasındaki duruma bakıldığı zaman; alınan bilgiyi yeterli bulan kadınların %82.10'unun normal doğumu, %17.80'inin sezaryen doğumu tercih ettikleri görülmüştür. Alınan bilgiyi yeterli bulmayanların %64.00'ı normal doğumu, %36.00'ı da sezaryen doğumu tercih etmelerine rağmen aradaki fark anlamlı değildir ($p=0.092$) (Çizelge3.3.2).

Çizelge 3.3.3. Gebelerin Son Doğumları İle ilgili Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N= 105)

Son Doğum İle İlgili Özellikler	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Son Doğumunu Yaptığı Yer						
Özel hastane	21	67.70	10	32.30	0.313	0.576
Devlet Hastanesi	44	73.30	16	26.70		
Son Doğum Şekli					28.835	0.000
Normal	50	89.30	6	10.70		
Sezaryen	14	41.20	20	58.80		
Son Doğumda Sorun Yaşama						
Hayır	62	71.30	25	28.70		1.000*
Evet	4	80.00	1	20.00		

*Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 3.3.3, gebelerin en son yaptıkları doğumlarıyla ilgili özelliklerine göre doğum şekli tercihlerini göstermektedir. Son doğumunu yaptığı yer gebelerin doğum şekli tercihini etkilememektedir (p=0.576). Son doğumunu özel hastanede yapan kadınların %67.70'i ve devlet hastanesinde yapan kadınların %73.30'u normal doğumu tercih etmektedir.

Kadınların bir önceki doğum şekli şimdiki doğum tercihlerinde etkili bir faktör olarak bulunmuştur (p= 0.000). Bir önceki doğumunu normal spontan vajinal yolla gerçekleştiren gebelerin çoğu (%89.30) bu gebeliğinde de normal doğumu tercih ederken, bir önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştirenlerin %58.70'i yine sezaryeni tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.3.3).

Son doğumunda sorun yaşamayan kadınların %71.30'u ve sorun yaşadığını belirten beş kadının dördü (%80.00) normal doğumu tercih etmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=1.000) (Çizelge 3.3.3).

Çizelge 3.3.4. Gebelerin Doğum Şeklini Bilme Durumu ve Bilgi Alma İsteklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N= 105)

Doğum Şeklini Bilme ve Bilgi Alma İstekleri	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Doğum Şeklini Bilme Durumu						
Hayır+Kısmen	31	75.60	10	24.40	0.351	0.554
Evet	45	70.30	19	29.70		
Doğum Şekli Hakkında Ayrıntılı Bilgi Alma İsteği						
Hayır	6	75.00	2	25.00		1.000*
Evet	70	72.20	27	27.80		
Doğum şekli Hakkında Bilgi Almak İstedığı Zaman (n=97)						
Gebelik öncesi ve gebelikte	51	73.90	18	26.10	0.366	0.833
Doğuma yakın ve doğumda	17	68.00	8	32.00		
Fark etmez	2	66.70	1	33.30		

*Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 3.3.4, gebelerin doğum şeklini bilme durumu ve doğum şekli hakkında bilgi alma istekleri ve zamanına göre doğum şekli tercihlerini göstermektedir. Gebelerin doğum şekillerini bilme durumu ile doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0.554). Doğum şekillerini bilmeyen veya kısmen bilen kadınların %75.60'ı, bilenlerin ise %70.30'u normal doğumu tercih etmektedir.

Doğum şekilleri hakkında ayrıntılı bilgi alma isteği (p= 1.000) ve bilgiyi almak istediği zaman ile doğum şekli tercihleri arasında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Doğum şekli hakkında ayrıntılı bilgi almak istemeyen kadınların %75.00'ı ve bilgi almak isteyen kadınların %72.20'si normal doğumu tercih etmektedir (p=0.833). Ayrıca gebelik öncesi ve gebelik sırasında bilgi almak isteyen kadınların %73.90'ı, doğuma yakın dönemde ve doğum sürecinde bilgi almak isteyenlerin %68.00'ı ve zamanın fark etmediğini belirten üç kadının ikisi (%66.70) normal doğumu tercih etmektedirler (Çizelge 3.3.4).

Çizelge 3.3.5. Gebelerin, Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli(N= 105)

Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekline İlişkin Düşünceler	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Kadınlar/Eşlere Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumu						
Hayır+Hatırlamayan	52	74.30	18	25.70	0.381	0.537
Evet	24	68.60	11	31.40		
Kadınların Tercih Etmeleri Gereken Doğum Şekli						
Normal Doğum	71	88.80	9	11.20	49.590	0.000
Sezaryen	2	10.50	17	89.50		
Fikri Yok	3	50.00	3	50.00		
Kadınların Kesinlikle Tercih Etmemesi Gereken Doğum Şekli						
Normal Doğum	2	15.40	11	84.60	29.984	0.000
Sezaryen	43	91.50	4	8.50		
Fikri Yok	31	68.90	14	31.10		
Çevredeki Kadınların Tercih Ettiği Doğum Şekli						
Normal Doğum	57	80.30	14	19.70	6.847	0.009
Sezaryen	19	55.90	15	44.10		

Gebelerin, kadınlar ve/veya eşlere doğum şekli tercihlerinin sorulma durumuyla ilgili düşüncelerinin doğum şekli tercihlerinde etkili olmadığı saptanmıştır (p=0.537). Kendilerine ve/veya eşlerine doğum şekli tercihlerinin sorulmadığını ve hatırlamadığını belirten gebelerin %74.30'u, tercihlerinin sorulduğunu belirten gebelerin ise %68.60'ı normal doğumu tercih etmektedir (Çizelge 3.3.5).

Gebelerin, kadınların tercih etmesi ve etmemesi gerektiğini düşündüğü doğum şekli ile kendi doğum şekli tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p= 0.000). Kadınların normal doğumu tercih etmesi gerektiğini düşünen kadınların büyük bir kısmı (%88.80) normal doğumu, sezaryen doğumu tercih etmesi gerektiğini düşünen gebelerin %89.50'si ve bu konuda fikri olmayan altı gebenin üçü (%50) sezaryen doğumu tercih etmektedir. Kadınların normal doğumu tercih etmemesi gerektiğini düşünen kadınların %84.60'ı sezaryeni tercih ederken, sezaryen doğumu tercih etmemesi gerektiğini düşünen kadınların %91.50'si ve bu konuda fikri olmadığını belirten kadınların %55.90'ı normal doğumu tercih etmektedir (p=0.000) (Çizelge 3.3.5).

Ayrıca, çevresindeki kadınların normal doğumu seçtiğini belirten gebelerin %80.30'u ve sezaryeni seçtiğini ifade eden gebelerin %55.90'ı kendileri için de normal doğumu tercih etmektedirler (p=0.000) (Çizelge 3.3.5).

Çizelge 3.3.6. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyecek İlk Üç Kişiyle İlgili Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N= 105)

Doğum Şekli Etkileyecek Kişiler	Tercihini	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
		Normal Doğum		Sezaryen			
		n	%	n	%		
1. Kişi							
Sağlık personeli		51	72.90	19	27.10	1.871	0.397
Kendisi ve eşi		8	88.90	1	11.10		
Aile ve aile yakınları		17	65.40	9	34.60		
2. Kişi						0.178	0.915
Sağlık personeli		24	72.70	9	27.30		
Kendisi ve eşi		10	76.90	3	23.10		
Aile ve aile yakınları		42	71.20	17	28.80		
3. Kişi						0.527	0.768
Sağlık personeli		12	80.00	3	20.00		
Kendisi ve eşi		31	70.50	13	29.50		
Aile ve aile yakınları		33	71.70	13	27.60		

Çizelge 3.3.6’da gebelerin doğum şekli kararını etkileyecek ilk üç kişiyle ilgili düşüncelerinin doğum şekli tercihlerine göre dağılımı görülmektedir. Buna göre doğum şeklini etkileyecek 1.kişi sağlık personeli diyenlerin %72.90’ı, 1.kişi kendisi ve eşi diyen dokuz gebenin sekizi (%88.90) ve 1. kişi aile ve yakınları diyenlerin %65.40’ı normal doğumu tercih etmektedir (p= 0.397). Doğum şekli tercihlerini etkileyecek 2. kişi ile doğum şekli tercihleri incelendiğinde, 2. kişi sağlık personeli diyenlerin %72.90’ı, 2. kişi kendim ve eşim diyen 13 gebenin 10 (%76.90)’u ve 2. kişi aile ve aile yakınları diyenlerin %71.20’si normal doğumu tercih etmektedir (p= 0.915). Benzer şekilde doğum şekli tercihlerini etkileyecek 3.kişi ile doğum şekli tercihleri arasında da tercihlerin normal doğumdan yana olduğu bulunmuştur (p= 0.768). Doğum şekli tercihim etkileyecek 3. kişi sağlık personeli diyenlerin %80.00’ı, 3. kişi kendim ve eşim diyenlerin %70.50’si ve 3. kişi aile ve aile yakınları diyenlerin %71.70’i normal doğumu tercih etmektedir.

Çizelge 3.3.7. Gebelerin Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiyle İlgili Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N= 105)

Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişi	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Sağlık Personeli	26	65.00	14	35.00	2.451	0.294
Kendisi ve/veya eşi	12	85.70	2	14.30		
Birlikte (Kendisi/eşive ebe/doktor)	18	74.50	13	25.50		

Çizelge 3.3.7’de gebelerin doğum şekline karar vermesi gereken kişiyle ilgili düşüncelerine göre kendi doğum şekli tercihleri görülmektedir. Buna göre doğum şekline sağlık personelinin karar vermesi gerektiğini belirten gebelerin %65.00’ı, kendisi ve/veya eşinin karar vermesi gerektiğini belirtenlerin %85.70’i ve birlikte (kendisi/eşi ve ebe/doktor) karar verilmesi gerektiğini düşünen gebelerin de %74.50’sinin normal doğumdan yana tercih kullanmak istedikleri bulunmuştur (p=0.294).

Çizelge 3.3.8. Şimdiki Gebelikte Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumuna Göre Gebelerin Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N=105)

Şimdiki Gebelikte Doğum Şekli Tercihinin Sorulma Durumu	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Hayır	45	76.30	14	23.70	1.020	0.313
Evet	31	67.40	15	32.60		

Çizelge 3.3.8, bu gebelikte doğum şekli tercihlerinin sorulma durumuna göre gebelerin tercih edecekleri doğum şeklini göstermektedir. Şimdiki gebeliğinde doğum şekli tercihlerinin sorulmadığını belirten gebelerin %76.30’unun ve tercihlerinin sorulduğunu ifade eden gebelerin %67.40’ının doğumlarını spontan vajinal doğum ile gerçekleştirmek istedikleri saptanmıştır (p= 0.313).

Çizelge 3.3.9. Gebelerin Şimdiki Gebelikte Doğum Yapmak İstedikleri Yer ve Doğumlarını Yaptırmak İstedikleri Kişiye Göre Tercih Ettikleri Doğum Şekli (N=105)

Şimdiki Gebelikte Doğum Yapmak İstedikleri Yer ve Doğumunu Yaptırmayı Düşündüğü Kişi	Doğum Şekli Tercihleri				X ²	p
	Normal Doğum		Sezaryen			
	n	%	n	%		
Doğum Yapmak İstedikleri Yer					2.300	0.512
Devlet hastanesi/Doğumevi	38	77.60	11	22.40		
Özel hastane	34	66.70	17	33.30		
Üniversite hastanesi	2	66.70	1	33.30		
Fikri Yok	2	100.00	-	-		
Doğumunu Yaptırmayı Düşündüğü Kişi					8.390	0.015
Doktor	46	63.90	26	36.10		
Ebe/Hemşire	15	93.80	1	6.20		
Doktor/Hemşire/Ebe	15	88.20	2	11.80		

Çizelge 3.3.9, gebelerin doğum yapmayı düşündükleri yer ve doğumlarını yaptırmayı düşündüğü kişilere göre doğum tercihlerini göstermektedir. Doğumunu devlet hastanesinde yapmak isteyenlerin %77.60’ı, özel hastanede yapmak isteyenlerin %66.70’i

ve üniversite hastanesinde yapmak isteyenlerin %66.70'i ve bu konuda fikri olmayan iki gebe (%100.00) tercihlerini normal doğumdan yana kullanmak istemektedirler ($p=0.512$). Gebelerin doğumlarını yaptırmak istedikleri kişilere göre doğum tercihlerine bakıldığında ise doğumlarını doktora yaptırmak isteyenlerin %63.90'ı, ebe ya da hemşireye yaptırmak isteyenlerin %93.80'i ve doktor, ebe ya da hemşireden herhangi birine yaptırmak isteyenlerin %88.20'si normal doğum yapmak istemektedirler. Aradaki fark istatistikel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.015$).

4. TARTIŞMA

Bu araştırma, Gaziantep'in Yavuzeli ilçe merkezindeki TSM'ye kayıtlı gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadaki gebelerin daha çok normal spontan vajinal doğumu (NSVD) tercih ettikleri (%72.38) ve tercihlerinin bazı değişkenlerden etkilendiği görülmüştür.

Gebelerin doğum şekli tercihlerinin evlilik yaşı gibi sosyodemografik özelliklerden, son doğum şekli gibi son doğum ile ilgili özelliklerden, kadınların tercih etmesi ve etmemesi gereken doğum şekline ilişkin düşüncelerinden (kadınların tercih etmeleri gereken doğum şekli, kadınların kesinlikle tercih etmemesi gereken doğum şekli, çevredeki kadınların tercih ettiği doğum şekli) ve doğumunu yaptırmayı düşündüğü kişinin tercihlerinden etkilendiği bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmada bazı sosyodemografik özellikler (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, en uzun süre yaşanan yer, aile tipi, gelir durumu), obstetrik özellikler (parite, yaşayan çocuk sayısı, doğum öncesi kontrole gitme, doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında bilgi/eğitim alma, doğuma hazırlık ve doğum şekli hakkında alınan bilgi/eğitimi yeterli bulma), son doğum ile ilgili özellikler (son doğumunu yaptığı yer, son doğumda sorun yaşama), doğum şekli bilgileri ve bilgi alma istekleri (doğum şeklini bilme durumu, doğum şekli hakkında ayrıntılı bilgi alma isteği, doğum şekli hakkında bilgi almak istediği zaman), gebelerin, kadınlar ve/veya eşleredoğum şekli tercihlerinin sorulma durumu ile kadınların tercih etmesi ve etmemesi gereken doğum şekline ilişkin düşünceleri (kadınlar ve/veya eşleredoğum şekli tercihlerinin sorulma durumu), doğum şekli tercihini etkileyecek kişiler, şimdiki gebelikte doğum şekli tercihinin sorulma durumu, doğum şekline karar vermesi gereken kişi ve şimdiki gebelikte doğum yapmak istediği yerin doğum şekli tercihlerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, ilgili araştırma ve genel literatür bilgileri eşliğinde karşılaştırılarak aşağıda tartışılmıştır.

4.1. Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihlerinin Tartışılması

Literatürde multipar kadınların %78.8'inin (Karabulutlu 2012), antenatal kliniğe gelen kadınların %93.3'ünün (Adageba ve ark 2008) ve gebelerin %91.5'inin (Saoji ve ark 2011) normal doğumu tercih ettikleri belirtilmektedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan çalışmada kadınların %67.9'u (AkadlıErgöçmen ve ark 2014), Gaziantep'te ise %72.1'i (Özkar 2011) normal doğumu tercih etmektedir. Bu çalışmaya alınan gebeler de kadınların ve çevresindekilerin NSVD'yi tercih etmeleri gerektiğini düşünmektedir (1.

hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Ancak kendileri için %72.38 oranında NSVD'yi tercih etmelerine karşın, %60 oranında da tercih etmedikleri saptanmıştır. Bu bulgu, gebelerin doğum şekli tercihlerinde net olmadıklarını, aynı zamanda bu sorulara düşünmeden cevap verdiklerini düşündürmektedir. Bu nedenle 2. hipotezin doğrulanması için daha kapsamlı ve nitel çalışmalar yapılabilir. Bununla birlikte gebelerin %34.29'u kendileri ve/veya eşlerine doğum şekli tercihlerinin sorulmadığını, %33.33'ü sorulduğunu, %32.38'i de hatırlamadığını bildirmişlerdir. Gebe kadınların bu gebelikleri için NSVD'yi tercih etme oranı, diğer literatür dışında Güneydoğu Anadolu ve Gaziantep'te yapılan çalışmalarla uyumludur. Elde edilen bulgu, bu bölgede bulunan kadınların Türkiye'nin diğer bölgelerinde bulunan kadınlara göre DÖB'yi daha çok hemşire/ebeden alması (%5.1), NSVD'yi daha çok hemşire/ebenin gerçekleştirmesi (%34.5) ve sezaryen oranının daha düşük olması (%32.1) ile ilişkili olabilir.

Kadınların %29.2-54.3'ü daha sağlıklı (Danso ve ark 2009, Saoji ve ark 2011, Karabulutlu 2012), %18-67.4'ü doğal olması (Adageba ve ark 2008, Saoji ve ark 2011, Karabulutlu 2012), %2.5-11'i ekonomik nedenler (Adageba ve ark 2008, Danso ve ark 2009, Karabulutlu 2012), %24'ü ağrının uzun sürmemesi (Danso ve ark 2009), %6-11.4'ü doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk, hastanede kalış süresinin kısa olması (Adageba ve ark 2008, Danso ve ark 2009, Karabulutlu 2012) ve %19.2-29.2'si ise güvenli (Adageba ve ark 2008, Saoji ve ark 2011) buldukları için NSVD'yi tercih etmektedir. Yıldız ve ark (2014) bir antenatal klinikte yaptıkları çalışmada; kadınların daha az ağrı, çabuk ve kolay iyileşme, günlük yaşama hızlı dönme, bebek için daha iyi olması ve ameliyat korkusundan dolayı normal doğumu tercih ettiklerini belirtmektedirler. Bu çalışmada da NSVD tercihinin en önemli nedeni normal doğumun doğal, sağlıklı olması ve doğum sonu çabuk iyileşmedir (%73.68). Ayrıca ağrısız-acısız olması (%13.15), kolay ve rahat olması (%10.52) ile ameliyat korkusu (%1.31) diğer tercih nedenleridir. Bu bulgular, NSVD tercihinde en önemli nedenler olan doğal ve sağlıklı olması yönündeki literatürü desteklemesi bakımından önemlidir.

Buna karşın kadınların %7.5-47.4'ü doğum korkusu (Sayın ve ark 2004, Sayiner ve ark 2009, Büyükbayrak ve ark 2010, Karabulutlu 2012, Ergöl ve Kürtüncü 2014, Yıldız ve ark 2014), %26.3-43.6'sı ağrısız doğum (Danso ve ark 2009, Ergöl ve Kürtüncü 2014), %28.3'ü anne isteği nedeniyle sezaryen doğumu tercih etmektedir. Ayrıca epizyotomi korkusu, sezaryen doğumun kolay ve rahat olması, bebek için daha iyi olduğunu düşünme (Danso ve ark 2009, Yıldız ve ark 2014) sezaryen tercih nedenleri arasındadır. Yaşar ve

ark (2007), primipar kadınların %22.6'sının sezaryeni tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmadaki gebelerin %27.62'si ağrısız, acısız olması (%34.48'), tıbbi endikasyon (%34.48), kolay ve rahat olması (%13.79), doğum korkusu (%10.34) ve anne istemi (%6.89) nedeniyle sezaryeni tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Çalışmadaki gebelerin büyük bir kısmı (%71.43) NSVD'yi zor, ağrılı ve sancılı buldukları için sezaryen doğum istemektedirler. Elde edilen bulgular literatürle uyumluluk göstermektedir.

Gözükara ve Eroğlu (2008) kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiğini, karar verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden, Önderoğlu ve ark (2005) ise aile ve arkadaş çevresinden etkilendiğini saptamışlardır. Bu çalışmada ise gebelerin doğum şekli tercihinin etkileyen en önemli kişiler sırasıyla sağlık personeli (%66.66), kendisi ve eşi (%56.19) ile aile ve aile yakınları (%43.80)'dir. Gebelerin doğum şekli tercihinin etkileyen kişilerin başında ilk sırada sağlık personelinin olması sevindirici olmakla beraber, aynı zamanda düşündürücüdür. Bu bulgu, ülkemizde NSVD'ye genellikle hekimlerin karar vermesi nedeniyle beklenebilir. Ancak, normal ve doğal doğumları artırma yönündeki ülke politikası göz önüne alındığında doğum tercihinin etkileyen kişiler sıralamasında gebe ve eşlerinin 2. sırada olması otonomilerini yeterince kullanamadıklarını göstermesi bakımından dikkate alınması gereken bir bulgudur. Bu bulgu, DÖB ve doğuma hazırlık sınıflarında kadınların doğum tercihlerinde etkin olmalarını sağlayacak düzenlemelerin yapılmasına ve sağlık personelinin bu yöndeki desteğine olan gereksinime dikkat çekmektedir.

Çakmak ve ark (2014) gebelerle yaptıkları çalışmada, doğum şekli kararını %38.7 oranında hekimin, %25 oranında hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kendisi ve eşinin, %20.2 oranında da sağlık personeli ile birlikte karar vermesi gerektiğini bulmuşlardır. Gözükara ve Eroğlu (2008) ise kadınların %58.6 oranında doğum şekline doktorun karar vermesi gerektiğini düşündüklerini saptamışlardır. Bu çalışmaya alınan gebelerin %48.57'sinin doğum şekline kendisi, eşi ve doktoruyla birlikte karar vermek istemesi, buna karşın %38.09'unun doğum şekline sağlık personelinin karar vermesi gerektiğini düşünmesi ve düşük oranda (%13.33) kendisi ve/veya eşinin karar vermesi gerektiğini belirtmesi üzerinde düşünülmesi gerekli bulgulardır. Bu bulgular, doğum şekli kararını etkileyen kişilere ilişkin olarak yukarıda açıklanan bulguları desteklemektedir ve şaşırtıcı değildir. Çalışmadaki gebelerin, doğum şekline eşleri ve sağlık personeli ile

birlikte karar vermek istemeleri, doğum şekli konusunda bilgi açıkları olduğuna ve yeterli destek alamadıklarına işaret etmektedir.

Özel hastanelerde hastaların bekleme sürelerinin kısaltılması, fiziksel görünümün düzeltilmesi ve hizmet kalitesinin iyi olması hastane tercihini etkilemektedir (Yağcı ve Duman 2006). Özellikle kamu hastanelerinde hasta yoğunluğu, eleman ve teçhizat yetersizliği ve kaynak yoksunluğu gibi nedenlerden dolayı kaliteli hizmet verilemediği inkar edilemez bir gerçektir (Yağcı ve Duman 2006). Bu çalışmaya alınan gebelerin de yaklaşık yarısı (%48.57) doğumlarını daha konforlu (%66.66) olduğunu düşündükleri için ve %33.33'ü doktor nedeni ile özel hastanede yapmak istemektedir. Devlet hastanesinde doğum yapmak isteyenlerin ise çoğunluğu (%46.93) ekonomik sebeplerden dolayı burayı tercih etmektedir. Ayrıca, gebelerin %68.57'si doğumlarını doktora yaptırmak istemektedir. Bulgular, ülkemizde doğuma, doğum ortamı ve doğumu yaptıran kişiye ilişkin sorunlara dikkat çekmekte ve bununla ilgili literatürü desteklemektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın NSVD'yi destekleme yönünde başlattığı girişimlerin hızlandırılarak tüm gebelerin doğum hizmetlerinden yararlandırılmasına olan gereksinimi de göstermektedir.

4.2. Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

4.2.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Sağlıklı çocuk doğurma yaşının 20-30 yaş grubu olduğu düşünülürse (Murray ve McKinney 2014), bu çalışmadaki gebelerin yarıdan fazlasının (%54.27) normal doğurganlık yaşında olması sevindiricidir. Gebenin yaşının doğum şekli tercihini etkilemediği ve etkilediği yönünde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Literatürde bazı çalışmalarda yaş ilerledikçe sezaryen oranlarının arttığı (Bektaş 2008, Gözükara ve Eroğlu 2008), buna karşın Sıkar ve ark (2013) tarafından yapılan çalışmada 20-29 yaş grubunda olan gebelerin sezaryeni tercih ettiği, kadınların doğumlarının retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada yine genç yaş grubunda sezaryen oranının ileri yaşa göre yüksek (KıyakÇağlayan ve ark 2010) olduğu belirtilmektedir. Gebelerle yapılan bu çalışmada gebenin yaşı doğum şekli tercihini etkilememiştir (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu bulgu, bazı çalışmalarla örtüşmektedir (Danso ve ark 2009, Özkar 2011, Uzunçakmak ve ark 2013, Ergöl ve Kürtüncü 2014, Taşpınar ve ark 2014). Literatürde yaşın doğum şekli tercihini etkilediği ve yaş ilerledikçe tercihlerin sezaryen doğuma kaydığı

belirtilmekle birlikte, bu çalışmada yaşın doğum tercihini etkilememesi çalışmanın örneklemini oluşturan ileri yaş gebe sayısının az olmasından (21 gebe), ayrıca bu bölgedeki kadınların daha çok normal doğum yapmasından kaynaklanabilir.

Sağlıklı aile ve toplum için önemli faktörlerden biri evlilik yaşıdır. Türk toplumunda evliliğe yaklaşım değişmekte ve ortalama evlenme yaşı yükselmektedir. Medeni Kanun'a göre evlilik için 17 yaşın doldurulmuş olması gerekmektedir birlikte (T.C. Başbakanlık 2012), 2013 yılında ortalama evlenme yaşı kadınlarda 25'e yükselmiştir. Araştırmanın yapıldığı Gaziantep bölgesinde ise kadınların ortalama evlenme yaşı 23.1'dir (TUİK 2013). Bu çalışmaya alınan gebelerin evliliklerini daha erken yaşlarda yaptıkları (ortalama 20.96) ve evlilik yaşının gebelerin doğum şekli tercihlerini etkilediği ($p < 0,05$) ve erken yaşta evlenen kadınların %84.20'sinin, olağan yaşlarda evlenen kadınların %70.60'ının, geç yaşta evlilik yapan gebe kadınların da %50'sinin NSVD yapmak istedikleri saptanmıştır (3. hipotez H_1 doğrulanmıştır, $p = 0.034$). Bu çalışma sonucuna paralel olarak Karabulutlu (2012)'nin yaptığı çalışmada da kadınların evlenme yaşları ile doğum tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Karabulutlu (2012)'nin çalışmasında olağan yaşlarda evlenenlerin genç yaşta evlenenlere göre normal doğum tercihi fazla olmasına karşın, çalışmamızda evlenme yaşı arttıkça sezaryen tercihi artmaktadır. Türkiye'de çok genç yaşlarda evlenme davranışında önemli bir değişim görülmesi ve evlilik yaşının giderek artmasına rağmen, bu araştırmaya alınan gebe kadınların 2-3 yaş daha erken evlenmeleri ve doğal olarak daha erken yaşta gebe kalmaları ve bu bölgede kadınların ağırlıklı olarak NSVD yapmaları, tercihlerinin normal doğumdan yana olmasında etkili olabilir. Bu bölgedeki kadınların daha erken yaşta evlenmeleri olumsuz olmakla birlikte, tercihlerini normal doğumdan yana kullanmaları sevindiricidir. Çünkü sezaryen doğumların arttığı günümüzde gebe kadınlara erken yaşlarda ulaşılarak tercihlerine yönelik farkındalık kazandırılması, doğumlarında tercihlerini normal doğum yönünde kullanma olasılıklarını artırabilir. Ancak, yaş ilerledikçe NSVD tercihinin azalması ve tercihin sezaryen doğum lehine belirtilmesi, kadınların vajinal doğumda sorun yaşadıklarını ve NSVD'den memnun olmadıklarını akla getirmektedir. Oysa, yaşa paralel olarak her doğumda yaşanan olumlu deneyimlerin NSVD'ye olan ilgiyi ve isteği artırması beklenir. Çalışmada bu yönde bulgu elde edilmemesi, ileri yaştaki kadınlarda tercihlerin neden sezaryenden yana kaydığıнын ayrıntılı olarak irdelenmesini gerektirir.

Kadınların sosyal, siyasal ve ekonomik alanlardaki konumunun güçlendirilmesinde en önemli unsurlardan biri eğitimidir. Ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusun %4.9'u okuma

yazma bilmemekte, %95.3'ü okuma yazma bilmektedir. Araştırmanın yapıldığı Gaziantep'te kadınların %5.8'i okuma yazma bilmemekte, %94.2'si okuma yazma bilmektedir (TÜİK 2013b). Örneklemdeki kadınların önemli bir kısmı (%60.95) düşük eğitim düzeyine sahiptir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kendi isteği ile sezaryenle doğum oranının arttığını (Behague ve ark 2002, Koç 2003, Ergin ve ark 2005, Reis ve ark 2005, Fasial-Cury ve Menezes 2006, Duman ve ark 2007, Sayiner ve ark 2009, Akyol ve ark 2011, Saoji ve ark 2011, Karabulut 2012, İşçi ve ark 2013, Sıkar ve ark 2013, Bako ve ark 2014, Taşpınar ve ark 2014) belirten çalışmaların aksine, İsveç'te yapılan çalışmada eğitim düzeyi düşük kadınların sezaryeni tercih ettiği (Hildingsson ve ark 2002, Canbal ve ark 2014) bulunmuştur. Bu çalışmada eğitimin doğum şekli tercihinde etkili olmadığı saptanmıştır (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Gaziantep'te primipar ve multipar kadınlarla yapılan çalışma (Özkar 2011) ile benzer bulgular elde edilmiştir. Araştırmada, gebelerin önemli bir kısmının düşük eğitim düzeyine sahip olmasına rağmen, eğitim düzeylerinin doğum tercihlerinde etkili olmaması, eğitim düzeyinden ziyade kadınların kişisel ve kültürel özellikleri ve sunulan DÖB ve doğum hizmetleri ile ilişkili olabilir.

Kadınların iş gücüne katılımı kalkınmanın önemli bir unsuru olarak kabul edilmekle birlikte (Evans ve Kelley 2008) kadınların iş gücüne katılım oranları erkeklere nazaran düşüktür (TÜİK 2013a,c). TÜİK'e göre ülkemizde kadınların %29.9'u, Gaziantep bölgesinde (Gaziantep, Adıyaman, Kilis) ise %19.8'i iş gücüne katılmaktadır (TÜİK 2013a,c). Gaziantep'de kadınların iş gücüne katılımı Türkiye ortalamasının altındadır. Literatürde, çalışma durumunun doğum şekli tercihlerini etkilediğini ve çalışan bayanların ev hanımlarına göre doğumlarını sezaryenle yapmak istediğini gösteren çalışmalar olsa da (Reis ve ark 2005, Fasial-Cury ve Menezes 2006, Sıkar ve ark 2013), bazı araştırmalar kadının çalışmasının doğum şekli tercihinde etkili olmadığını ortaya koymaktadır (Akan 2009, Danso ve ark 2009, Ergöl ve Kürtüncü 2014). Örneklem grubunda bulunan gebelerin sadece 12'si çalışmaktadır ve çalışma durumu doğum şekli tercihlerini etkilememektedir (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Ülkemizde 6111 sayılı Kanunla 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda yapılan değişikliklerle kabul edilen yeni kanun ile normal ve sezaryenle doğumlarda doğum izinleri, doğum öncesinde sekiz hafta ve doğum sonrasında sekiz hafta olarak yeniden düzenlenmiştir (T.C. Resmi Gazete 2011). Bu değişikliğin sonucunda çalışan kadınlarda sezaryenle doğumlar izin açısından avantaj olmaktan çıkmıştır. Bu nedenle çalışma durumunun doğum şekli tercihinde etkili olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmanın yapıldığı bölgede kadınların iş gücüne katılımının

düşük olması ve örneklem grubunun çoğunluğunun işsiz/ev hanımı olması ile de ilişkili olabilir.

Kır nüfusunu kente çeken faktörlerin başında, kentlerde daha yüksek olan sağlık ve yaşam standardı imkânı sayılabilir (Sezal 2003). Yaşanılan bölge kadınların doğum tercihlerinde rol oynayabilmektedir. Kadınların kentsel bölgede yaşıyor olması sezaryen doğum oranının artmasında etkili olabilmektedir (Gözükara ve Eroğlu 2008, Özkan ve ark 2013). Literatürden farklı olarak bu çalışmada elde edilen bulgular, yaşanılan yerin doğum şekli tercihini etkilemediğini göstermiştir (3. hipotez H_0 doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bunun nedeninin örneklem grubunun kırsal bölgede bulunuyor olması, sağlık hizmetine ulaşım farklılıkları ve ekonomik ve kültürel özellikler nedeniyle olabileceği gibi doğumu algılamaları ile ilişkili de olabilir.

Son 40-45 yılda Türkiye’de çekirdek aile yaygınlığında artış, geniş ailenin yaygınlığında da azalma söz konusudur (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2014). Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) (2011)’na göre ülkemizde en yaygın oranla (%70) çekirdek aile mevcuttur (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2014). Bu çalışmada da gebelerin %60.95’i çekirdek aile yapısındadır. Geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlardan daha fazla oranda vajinal doğumu tercih ettikleri yönünde çalışma (Gözükara ve Eroğlu 2008) olsa da bu çalışmada elde edilen bulgular aile tipinin doğum şekli tercihini etkilemediği yönündedir (3. hipotez H_0 doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu bulgu, örneklem sayısının sınırlı olması ve büyük çoğunluğunun çekirdek aile tipine sahip olması ile ilişkili olabilir.

Gelir düzeyi arttıkça sezaryen doğum da artmaktadır (Alves ve Sheikh 2005). Konakçı ve Kılıç (2004)’ın İzmir’de Avcı ve Pala (2004)’nın Bursa’da ekonomik düzeyi yüksek kadınların sezaryen doğumu tercih ettiklerini saptamışlardır. Örneklem grubunda olan gebelerin %79.05’inin gelir durumu gidere denk ve sadece 10 gebenin (%9.52) geliri yüksektir. Bu çalışmada gelir durumunun gebelerin doğum şekli tercihlerini etkilemediği saptanmıştır (3. hipotez H_0 doğrulanmıştır, $p>0,05$). Çalışma bulguları, Yaşar ve ark (2007) tarafından Afyon’da primipar kadınlarda ve Hildingsson ve ark (2002) tarafından İsviçre’de gebe kadınlarda yapılan çalışmalar ile örtüşmektedir. Bu bulgu, çalışmaya alınan gebelerin genellikle gelir giderlerinin orta olması ve bölgedeki kadınların daha çok normal doğum yapma yönündeki eğilimleri ve davranışları ile açıklanabilir.

4.2.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Literatürde paritenin ve çocuk sayısının doğum şekli tercihi üzerinde etkili olduğu (Canbal ve ark 2014) ve olmadığı (Sıkar ve ark 2013) belirtilmektedir. Canbal ve ark (2014) tarafından yapılan çalışmada, parite ve çocuk sayısının artması ile sezaryen oranının arttığı saptanmıştır. Sıkar ve ark (2013) ise parite ve çocuk sayısının doğum şekli tercihinin etkilemediğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada da gebelerin %14.29'u primigravida, %85.71'i multigravidadır ve %66.67'sinin 1-2, %18.09'unun üç ve üzerinde çocuğu vardır. Örneklemdeki gebelerin parite ve çocuk sayıları ile bu gebelikteki doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu bulgu, örnekleme büyük oranda multipar kadınların bulunmasından ve genç yaşta olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca, parite ve çocuk sayısı dışında gebelerin doğum şekli tercihinin etkileyebilecek kültürel başka faktörler de etkili olabilir.

DÖB, özellikle de düzenli ve nitelikli DÖB alma, anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir. Sağlık Bakanlığı normal sağlıklı gebelerin gebelik boyunca en az dört kez izlenmesini yeterli olarak değerlendirmektedir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2014). TNSA 2013 verilerine göre, DÖB alma oranı %98'dir. Bu gebelerin %94,5'i doktordan DÖB hizmeti alırken, sadece %2.5'lik bir kısmı hemşire/ebeden, Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise %90.9'u doktordan, %5.1'i hemşire/ebeden hizmet almıştır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2014). DÖB alma ve etkin bir bakım alma, özellikle ebe/hemşireden bakım alan gebelerde vajinal doğum oranında artma ve sezaryen oranında azalma olduğu tespit edilmiştir (Leslie veStorton 2007, Josefsson ve ark 2011). Bu araştırmanın örneklemini oluşturan gebelerin DÖB alma oranları TNSA ile benzer olmakla birlikte (Akadlı Ergöçmen ve ark 2014), en fazla bakım alınan yer özel hastanedir (%47.42). Bu çalışmada da literatüre paralel olarak (Gözükara ve Eroğlu 2008, Canbal ve ark 2014) DÖB alma durumunun kadınların tercihinde etkili olmadığı (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$) saptanmıştır. Buna karşın Taşpınar ve ark (2014) DÖB alan kadınların sayısı arttıkça sezaryen oranının yükseldiğini tespit etmişlerdir. Anne adaylarının doğum öncesi dönemden itibaren normal ve doğal doğumlara hazırlanması gerekmektedir (Hotelling 2009, Okumuş ve ark 2009, Klein 2011, ICM 2012). Araştırmada literatürün aksine DÖB'nin gebelerin doğum şekli tercihlerinde etkili olmaması, tüm merkezlerde sunulan DÖB hizmetlerinin gözden geçirilmesine olan gereksinimi ortaya koymaktadır. Sağlıkta dönüşüm ile beraber ASM ve TSM'de sunulan DÖB hizmetinin niteliğinde görülen

eksiklik (Beyzadeoğlu ve ark 2004, Kck ve ark 2004, Ergin ve ark 2005, atak ve ark 2012, TNSA 2014), anlamlı bir farklılığın bulunmamasını açıklayabilir. Bu anlamda 1.basamakta gebelere yönelik doğuma hazırlık sınıfı eğitimleri anlamlı bir adımdır. Ancak, bu hizmetten gebelerin ne kadar yararlandığının ve doğum Şekline yönelik eğitimlerin nitelik ve standardının irdelenmesi gerekir. Ebe/hemşireler ve aile hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık personelinin, gebelere sundukları DB ve gebe/doğuma hazırlık sınıflarındaki bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin standardize edilmesi ve niteliğinin artırılması bu alanda atılacak önemli bir adım olabilir.

Anne adayları olağan bir süreç olan gebelikte fiziksel ve psikososyal deđiŐimlerle birlikte krizler yaşar ve bununla başa çıkmak için çeşitli arayıŐlara girerler. Özellikle, bu dönemde kendisine ve doğacak bebeğine önem veren anne adayları prenatal bakım ve yardım alma çabası içinde olurlar. Anne adayları sağlık kuruluŐlarından danışmanlık alma, kitap okuma, yazılı basını takip etme ve doğuma hazırlık sınıflarına katılma ve doğum tercihlerini belirleme gibi çeşitli giriŐimlerde bulunurlar (Littleton ve Engebreston 2005, Murray ve McKinney 2014). Bazı çalışmalarda doğum tercihleri ile bu tercihler hakkında bilgi alma durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, bilgi alan kadınlarda vajinal doğum tercihinin arttığı saptanmıştır (Karabulutlu 2012, zkan ve ark 2013). Bu alıŐma sonucunda ise doğuma hazırlık ve doğum Şekli hakkında bilgi/eğitim almanın doğum Şekli tercihinin etkilemediği Őeklinde beklenmeyen ve literatüre ters bir bulgu saptanmıştır (3. hipotez H_0 doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu bulgu, gebelerin aldığı doğuma hazırlık sınıflarının ne zaman, nasıl ve kimler tarafından verildiğinin ve içeriğinin sorgulanmasını gerektirir. Ayrıca, gebelere gebelik ve doğum tercihi hakkında bilgi verebilmek için öncelikle onların bu konudaki tutumları ve bilgi düzeylerinin de belirlenmesi gerekir. Çünkü, bu araştırmada olduğu gibi gebeler farklı kişi ve yerlerden bilgi ve bakım almaktadırlar. Gebelikte ilgili bilgi hastanelerde kadın doğum hekimlerinden, TSM'de aile sağlığı hekimleri ve ebe/hemşireler tarafından verilmektedir. Bu merkezlerde gebelere verilen bilginin içeriği, veriliŐ Şekli, sürekliliği ve gebelerin verilen bilgileri nasıl algıladığı son derece önemlidir. Bu nedenle gebelikte ve doğuma hazırlık sınıflarında doğum tercihleri hakkında bilgi alma durumunun ve bunun etkisinin incelenmesi yararlı olabilir.

4.2.3. Gebelerin Son Doğumları İle İlgili Özelliklerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Özel hastanelerde sezaryen oranları hızla artmaktadır. Xirasagar ve Lin (2007), kar amacı güden özel hastanelerin hastanın sezaryen isteğini daha çok yerine getirdiğini ortaya koymuştur. Benzer çalışmalar da kadınların doğum yaptığı yerin tercihlerini etkilediğini ortaya koymuştur (Özkan ve ark 2013, Sıkar ve ark 2013). Bu çalışmada elde edilen bulgu ise doğum yapılan yerin gebelerin doğum şekli tercihini etkilemediğini göstermiştir (3. hipotez H_0 doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu bulgu, Yaşar ve ark (2007)'in çalışmasıyla örtüşmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgu, örneklem grubunun sosyoekonomik yapısı ve kültürel özelliklerinden kaynaklanabilir. Bu bölgedeki kadınların daha çok hastanede ve normal doğum yaptığı dikkate alınırsa, buralarda doğum şekline ilişkin verilen bilgi ile kadınların doğum deneyimlerine ilişkin düşüncelerinin incelenmesi gerekli ve yararlı olabilir.

Doğum kadınlar için çok önemli duygusal bir olay olup, her kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşaması istenen bir durumdur. Bakım verirken kadınların doğum tecrübesi konusuna ve doğum şekline ilişkin kaygılarına odaklanılmalıdır. Multipar kadınlara önceki doğum tecrübeleri hakkında sorular sorulmalı (Yanikkerem ve ark 2013), primigravidalara doğum şekline ilişkin kaygı ve korkuları sorulmalı ve bunlara yönelik gerekli bilgi, eğitim ve destek sağlanmalıdır (Kitapçioğlu ve ark 2008). Literatürde son doğum şeklinin kadınların doğum şekli tercihlerini etkilediği görülmektedir (Sayiner ve ark 2009, Saoji ve ark 2011, Karabulutlu 2012). Bu çalışmada da literatüre paralel olarak gebelerin son doğum şekli ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Son doğumlarını vajinal yolla yapanların %89.30'unun NSVD, sezaryenle yapanların da %58.80'inin sezaryenden yana tercih kullanmak istedikleri bulunmuştur (3. hipotez H_0 doğrulanmıştır, $p<0.05$). Özellikle Sağlık Bakanlığı'nın NSVD'ye yönelik politikası içinde 1. ve 2. basamakta başlatılan doğum öncesi hazırlık/gebe bilgilendirme sınıfı eğitimleri gebelerin doğum şekli tercihinin NSVD'den yana olması için önemli bir fırsattır. Bunun yanında hastanelerde de buna yönelik eğitimlerin artırılması önemli olacaktır. Özellikle son doğumlarını sezaryenden yana yapanların tercihlerinin NSVD'den yana çevrilmesinde, ivedilikle bu hizmetlerin kalitesinin artırılması bir zorunluluktur. Bunun yanında kadınların doğum korkusunu azaltmak için olumlu doğum tecrübesi yaratan faktörler hakkında çalışmalar da yapılmalıdır.

Doğum birçok kadın için yaşamlarında önemli bir dönüm noktasıdır. Araştırmalar doğum hakkındaki korkunun, daha önce sorunlu bir doğum deneyimi yaşamamanın, klinik ya da obstetrik komplikasyonların, doğum yöntemine karar verme sürecinde etkili olduğunu göstermektedir (Duman ve ark 2007, Şahin ve ark 2009, Fenwick ve ark 2010, Kasai ve ark 2010, Fuglenes ve ark 2011, Nilsson ve ark 2012). Doğumla ilgili pozitif ve negatif deneyimler kadınların tercihini etkilemektedir (Farahat ve ark 2015). Özkan ve ark (2013), son gebelikte problem yaşamamanın sezaryen olma riskini artırdığını rapor etmiştir. Sezaryen hızının artmasında rolü olan diğer önemli bir neden anne istemidir. Doğal olarak annenin bu isteminde doğumda yaşanan sorun ve korku önemlidir. Doğuma karşı olumlu tutum ve davranışların gelişmesi doğum ve doğum ağrısından korkuyu azaltacaktır. Olumlu tutum ve davranış geliştirebilmek için kadınların sağlık bakımı verenlerin danışmanlığına ve bilgilendirilerek korkularının giderilmesine ihtiyacı vardır (Ergöl ve Kürtüncü 2014). Bu çalışmada, literatürden farklı olarak son doğumda sorun yaşamamanın gebelerin doğum şekli tercihlerinde etkili olmadığı bulunmuştur (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Burada, kadınların kişisel ve kültürel özellikleri önemli olabileceği kadar, anne adaylarının doğumda ne tür sorun yaşadığı ve bunu nasıl algıladığı da önemli olabilir. Doğumda yaşanan soruna ilişkin algının farklı özellikteki gebeler ile bölge/kültürlerde irdelenmesi bu duruma açıklık getirebilir.

4.2.4. Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Bilgilerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Kadınlara doğum yöntemleri hakkında yeterli bilgi verilmesi ile daha bilinçli olacakları, anne ve bebek sağlığı açısından daha sağlıklı olan NSVD'yi tercih edecekleri, dolayısıyla doğuma ve doğum sonrası döneme daha iyi adapte olacakları bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, AWHONN 2010, Gözükara ve Eroğlu 2011, Taşkın 2014, Erenusve Rathfisch 2014). Çalışmalarda, gebelikte bilgi alma durumları ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (Karabulutlu 2012, Canbal ve ark 2014). Birçok araştırma, gebeliğinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinmemiş olmanın sezaryen tercihini artırdığını ortaya koymuştur (Özkan ve ark 2013). Buna karşın, Sayiner ve ark (2009) bilgi edinmemiş kadınlarda sezaryen doğum oranının düşük olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada ise literatürden farklı olarak doğum şekillerini bilme durumu ve doğum şekilleri hakkında ayrıntılı bilgi alma isteğinin gebelerin tercih edecekleri doğum şeklini etkilemediği saptanmıştır (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu çalışmada gebelerin %73.33'ünün doğuma hazırlık ve doğum şekilleri hakkında bilgi

almış olmasına rağmen, %92.38'inin ayrıntılı bilgi almak istemeleri, kadınların doğum yöntemleri konusunda, özellikle de NSVD hakkında yeterli bilgilendirilmediklerine işaret etmektedir. Çalışma bulguları, gebelerin sağlık bakımı verenlerin danışmanlığına ve bilgilendirilmeye ihtiyacı olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Bu çalışmada doğum yöntemlerine yönelik bilgi alma zamanının doğum tercihlerini etkilememesi de ($p>0.05$), gebelikte verilen bilginin gebelerin isteklerine ve tercihlerine yönelik olmadığını düşündürmektedir. McMahon ve ark tarafından 1996 yılında yapılan çalışmada, üçüncü trimesterde gebe ile konuşulup bilgi verirse, hastaların üçte ikisinin vajinal yolla doğumu seçtikleri belirtilmiştir. Bu açıdan, ülkemizde normal ve doğal doğum politikasına katkıda bulunmak ve gebeleri buna yönlendirmek için gebeliğin her döneminde bilgilendirme ve eğitime önem verilmesi gerektiği söylenebilir.

4.2.5. Gebelerin Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerine ve Şimdiki Gebeliklerinde Doğum Şekli Tercihlerinin Sorulma Durumuna Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Kadınlar/bireylerin bir olay karşısındaki yaklaşımları, çevresinde bulunan ve aynı olayları yaşayan kadınların/bireylerin durumlarından, tecrübelerinden ve olayı algılamalarından etkilenir. Bu açıdan bakıldığında, doğum yapacak olan gebelerde çevresinde bu olguyu olumlu veya olumsuz yaşayan akranlarından veya aile büyüklerinden doğrudan etkilenir (Penna ve Arulkumaran 2003). Bu nedenle gebe bireylerin çevresinde bulunan kadınların doğum şekli ile ilgili düşüncelerinin davranışlarında etkili olması beklenir. Gebelerin düşüncelerinin gebeliğin erken dönemlerinden itibaren bilinmesi, bu konudaki yanlış/olumsuz algılamalarının düzeltilmesi açısından bir fırsat olarak düşünülmelidir. Bu görüşten yola çıkıldığında, kadınların NSVD'yi tercih etmesi gerektiğini düşünen gebelerin büyük bir kısmının (%88.80) kendi doğumunda normal doğumu ve sezaryen doğumu tercih etmesi gerektiğini düşünen gebelerin de %89.50'sinin sezaryeni tercih etmeleri beklendik bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, çevresindeki kadınların NSVD'yi seçtiğini belirten gebelerin %80.30'u da NSVD'yi tercih etmektedir. (3. hipotez H_1 doğrulanmıştır, $p<0.05$). Kadınlar bazen isteyerek, bazen de istemeden planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedir. Bu nedenle kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak ve bu süreçte ihtiyaçları olan bilgi, destek ve bakımı verebilmek açısından doğum şekli ile ilgili tercihlerini belirlemek ve karar sürecine katılmalarını sağlamak önemlidir. Bu açıdan DÖB almaya gelen gebelere,

kontrolleri sırasında doğuma hazırlık sınıfına katılmalarını destekleyerek bu konuda farkındalık kazandırmak önemli ve kaçırılmaması gereken bir fırsat olarak düşünülmelidir.

Doğum şekli tercihi anne ve bebek sağlığı açısından önemli bir karardır. Kadınlar doğum şeklini belirlerken karar vermede güçlük yaşamaktadır (Sayiner ve ark 2009, Doğaner ve ark 2013). Bulgulara göre gebelerin büyük kısmı ağrısız ve kolay olduğunu düşündüğü için sezaryen doğumu tercih etmektedir (Walker ve ark 2004, Gözükara ve Eroğlu 2011). Bu çalışmanın bulguları incelendiğinde ise şimdiki gebelikte doğum şekli tercihinin sorulma durumunun gebelerin doğum şekli kararlarını etkilemediği görülmüştür (3. hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu bulgu, genel olarak örneklemdaki kadınların doğumlarını %62.22 oranda vajinal yolla yapması ve yaşadıkları bölgede genel olarak bu yönde var olan eğilim ile açıklanabilir. Farklı demografik değişkenlerdeki anne adaylarının konuyla ilgili tercihleri ve bilgi düzeylerini de ele alan çalışmalar yapılması durumunda farklılık olması söz konusu olabilir.

4.2.6. Gebelerin Doğum Şekli Tercihini Etkileyecek İlk Üç Kişiye Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Kadınlar doğum şekline karar verirken birçok faktörden etkilenebilmektedirler. Aileleri ve arkadaş çevreleri ile medya ve sağlık personeli tercihlerini belirlemelerinde yönlendirici olabilmektedir (Önderoğlu ve ark 2005, Doğaner ve ark 2013). Gözükara ve Eroğlu (2008)'nin yaptığı çalışmada; kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı daha çok kendisinin verdiği, karar verirken en çok annesinden, daha sonra eşinden, yakın akrabalarından ve kayınvalidesinden etkilendiği belirlenmiştir. Literatürde kadınların kararlarında çevreden etkilendiklerini (Liamputtong ve ark 2005) ve etkilenmediğini (Akyol ve ark 2011) belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda hekimden etkilenen kadınlarda sezaryen doğum oranının arttığı bildirilmektedir (Sayın ve ark 2004). Özkan ve ark (2013) tercih yaparken kadının kararını doktorun etkilediğini, Yaşar ve ark (2007) ise tam tersi hekimlerin tercihlerde etkili olmadığını saptamışlardır. Akyol ve ark (2011)'in sağlık personeli olan ve olmayan grupla yaptığı çalışmada, her iki grupta da kadınların doğum şekline karar verirken ne doktor ne de çevresindekilerden etkilenmedikleri rapor edilmiştir. Bunlardan başka kadın ve eş kararında etkili bir faktör olarak belirtilmektedir (Önderoğlu ve ark 2005). Bu çalışmada gebelerin doğum şekli tercihinin etkileyen en önemli 1. kişi sağlık personeli, 2. sırada kendisi ve eşi, 3. sırada da aile ve aile yakınları tespit edilmiştir. Literatürün aksine bu çalışmada doğum tercihlerini

etkileyen kişilerin başında sağlık personelinin gelmesi, beklendiği gibi doğumların genellikle sağlık personeli tarafından yapılması ile açıklanabilir. Akyol ve ark (2011) dışında yukarıda belirtilen çalışmalardan farklı olarak gebelerin çevresindeki kişilerin tercihlerinden etkilenmemesi (3. Hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$), beklendik, ancak ülke politikasına ters bir durumdur. Çünkü, normal ve doğal doğumların artırılması yönündeki ülke politikası doğrultusunda, sağlık personelinin ziyade kadının karar süreçlerine katılımının sağlanması önemli olacaktır. Çalışmadan elde edilen bulgu, örneklemdaki gebelerin kişisel tercihleri ve bölgesel-kültürel farklılıklarından kaynaklanabilir. Niteliksel olarak yapılacak çalışmalarda farklı bulgular elde edilebilir.

4.2.7. Gebelerin Doğum Şekline Karar Vermesi Gereken Kişiyile İlgili Düşüncelerine Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Doğum şekli konusunda kararsızlık gebelerin sıklıkla dile getirdiği bir durumdur. Bu nedenle sağlık çalışanları gebe kadınları ve ailelerini yeterli düzeyde ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir. Gözükara ve Eroğlu (2008)'nin çalışmasında kadınların doğum şekli tercihi ile ilgili kararı vajinal doğumda daha çok kendisi, sezaryen ile doğumda ise doktoru tarafından verildiği belirtilmektedir. Hildingsson (2002)'un ve Vatansever (2009)'in çalışmasında ise bu çalışmaya paralel olarak gebelerin doğum şekline karar vermesi gerektiğini düşündüğü kişi ile tercihleri arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (3. Hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu farklılığın sebebi örneklem grubunun karar verme yapılarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, kadınların seçimlerinde başka faktörlerin etkisi de söz konusu olabilir. Özellikle, kadınların doğum şekli kararını etkileyen en önemli kişinin doktor olması bunda etkili olabilir.

4.2.8. Gebelerin Şimdiki Gebelikte Doğum Yapmak İstedikleri Yer ve Doğumlarını Yaptırmak İstedikleri Kişiyeye Göre Tercih Ettikleri Doğum Şeklinin Tartışılması

Araştırmaya alınan kadınların doğumunu yapmak istediği yer ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmada elde edilen bulguya paralel olarak, Karabulutlu (2012) tarafından yapılan çalışmada da kadınların doğum şekli tercihleri ile doğum yapmak istedikleri yer arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (3. Hipotez Ho doğrulanmıştır, $p>0.05$). Bu durum, her gebenin DÖB aldıkları yer ile doğum yapacakları yerin aynı olmaması ve gebeyi izleyen ve eğitim veren sağlık personelinin farklı

olmasından kaynaklanabilir. Gebelerin hastanelerde açılan doğuma hazırlık sınıflarına yönlendirilmeleri ve buradaki görevli sağlık personeli tarafından bilgilendirilmeleri bu sorunun çözümlenmesi açısından önemli olabilir.

Normal doğumlar ebelerin sorumluluğuna bırakıldığında, sezaryen oranlarında azalma olacağı bildirilmektedir (Janssen ve ark 2007). TNSA 2008 (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009) sonuçlarına göre doğumların %64.1'i hekim, %27.2'si hemşire/ebe tarafından gerçekleştirilirken, 2013 yılı sonuçlarında hemşire/ebe tarafından gerçekleştirilen doğum oranı %19'lara düşmüştür. Örneklem grubunda bulunan kadınların büyük çoğunluğu (%68.57) da doğumunu doktora yaptırmak istemektedir. Bu çalışmada da kadınların doğumunu yaptırmak istediği kişinin doğum yöntemi tercihlerini etkilediği saptanmıştır (3. Hipotez H₁ doğrulanmıştır, $p < 0.05$). Bu durum, doğum yaptıran sağlık personellerinin kendi tercihlerini gebelere yansıtabildiğini düşündürmektedir. Bu nedenle normal doğumların artırılması ve gebelerin normal doğumdan sorumlu olan ebelerden daha fazla yararlanmaları için gerekli yasal düzenlemelerin bir an önce hayata geçirilmesi gerekmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

5.1.1. Gebelerin Doğum Şekli İle İlgili Görüş ve Tercihlerine İlişkin Sonuçlar

- Gebeler, kadınların ve çevresindekilerin NSVD'yi tercih etmesi gerektiğini düşünmekte, kendileri için %72.38 oranında NSVD'yi tercih etmektedirler.
- Bu gebeliklerinde NSVD tercih etmek isteyen gebelerin en önemli nedenleri vajinal doğumun doğal, sağlıklı olması ve doğum sonu çabuk iyileşmedir (%73.68). Ayrıca ağrısız-acısız olması (%13.15), kolay ve rahat olması (%10.52) ile ameliyat korkusu (%1.31) diğer tercih nedenleridir.
- Bu gebeliklerinde sezaryeni tercih etmek isteyen gebelerin %27.62'si ağrısız, acısız olması (%34.48), tıbbi endikasyon (%34.48), kolay ve rahat olması (%13.79), doğum korkusu (%10.34) ve anne istemi (%6.89) nedeniyle sezaryeni tercih edeceklerini belirtmişlerdir.
- Gebe ve/veya eşlerin %34.29'una doğum şekli tercihlerinin sorulmadığı saptanmıştır.
- Gebelerin doğum şekli tercihini etkileyen en önemli kişiler sırasıyla sağlık personeli (%66.66), kendisi ve eşi (%56.19) ile aile ve aile yakınları (%43.80)'dır.
- Gebelerin %48.57'si doğum şekline birlikte (kendisi/eşi ve ebe/doktor) karar vermek istemektedir. Buna karşın %38.09'u sağlık personelinin karar vermesi gerektiğini düşünmektedir. Kendisi ve/veya eşinin doğum şekline karar vermesi gerektiğini belirten gebelerin oranı da oldukça azdır (%13.33).
- Gebelerin %68.57'si doğumlarını doktora yaptırmayı düşünmektedir.
- Gebelerin %48.57'si özel hastanede, %46.67'si devlet hastanesinde doğum yapmak istemektedir.

5.1.2. Gebelerin Tercih Ettikleri Doğum Şeklini Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar

5.1.2.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar

Gebelerin doğum şekli tercihleri evlilik yaşından etkilenmektedir.

- Ortalama evlilik yaşı 20.96 ± 4.04 olan gebelerin evlenme yaşı ilerledikçe normal doğum tercihleri azalmaktadır ($p < 0.05$). Evlenme yaşı 10-19 arasında olan kadınların %84.20'si, 20-24 yaşında olanların %70.60'ı normal doğumu ve 25-39 yaş arasındaki gebelerin %50'si sezaryen doğumu tercih etmektedir.

5.1.2.2. Gebelerin Son Doğumları İle İlgili Özelliklerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar

Gebelerin doğum şekli tercihleri bir önceki doğum şeklinden etkilenmektedir.

- Bir önceki doğumunu NSVD ile gerçekleştiren gebelerin çoğu (%89.30) bu gebeliğinde de NSVD'yi tercih ederken, bir önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştirenlerin %58.80'i yine sezaryeni tercih etmektedir ($p < 0.05$).

5.1.2.3. Gebelerin, Kadınların Tercih Etmesi ve Etmemesi Gereken Doğum Şekline İlişkin Düşüncelerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar

Gebelerin, kadınların tercih etmesi ve etmemesi gerektiğini düşündüğü doğum şekli ile çevresindeki kadınların tercih ettiği doğum şekli, doğum şekli tercihlerinde etkili bulunmuştur.

- Kadınların NSVD'yi tercih etmesi gerektiğini düşünen gebelerin büyük bir kısmı (%88.80) NSVD'yi, sezaryen doğumu tercih etmesi gerektiğini düşünen gebelerin ise %89.50'si sezaryen doğumu tercih etmektedir ($p < 0.05$).
- Kadınların NSVD'yi tercih etmemesi gerektiğini düşünen gebelerin %84.60'ı sezaryeni tercih ederken, sezaryen doğumu tercih etmemesi gerektiğini düşünen gebelerin %91.50'si sezaryen doğumu tercih etmemektedir ($p < 0.05$).
- Çevresindeki kadınların NSVD'yi seçtiğini belirten gebelerin %80.30'u ve sezaryeni seçtiğini ifade eden gebelerin %55.90'ı kendileri için de NSVD'yi tercih etmektedir ($p < 0.05$).

5.1.2.4. Gebelerin, Şimdiki Gebelikte Doğumlarını Yaptırmak İstedığı Kişinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisine Yönelik Sonuçlar

Gebelerin doğum şekli tercihlerinin, doğumunu yaptırmayı düşündüğü kişiden etkilendiği saptanmıştır.

- Doğumlarını doktora yaptırmak isteyenlerin %63.90'ı, ebe ya da hemşireye yaptırmak isteyenlerin %93.80'i ve doktor, ebe ya da hemşireden herhangi birine yaptırmak isteyenlerin %88.20'si NSVD yapmak istemektedir ($p<0.05$).

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara dayalı olarak uygulayıcılara, yöneticilere ve araştırmacılara şu önerilerde bulunulabilir:

Uygulayıcılara Öneriler:

- Gebelerin önemli bir kısmı NSVD yapmak istemesine rağmen, çok az bir kısmına doğum şekli tercihi sorulmuştur. Bu nedenle gebelerin doğum tercihlerinde otonomilerini kullanmaları için desteklenmeleri,
- Evlenme yaşı ilerledikçe NSVD tercihi azaldığından, evlilik hazırlığı içinde olan, evlenen ve gebelik hazırlığı içinde olan genç yaştaki her kadına ulaşılarak doğum tercihlerine yönelik farkındalık kazandırılması,
- Son doğum şekli doğum şekli tercihini etkilediğinden, doğuma hazırlık sınıfı/gebe bilgilendirme sınıfında doğum şekilleri hakkında kapsamlı bilgi verilmesi ve gebelerle tartışılması,
- Gebelerin kendileri ve çevrelerindeki kadınların yapması gereken doğum şekline ilişkin düşünce ve görüşler ile çevresinde bulunan kadınların doğum tercihleri gebelerin kendi doğum tercihlerinde etkili olduğundan, gebeliğin erken döneminden itibaren doğum şekline ilişkin düşüncelerin öğrenilmesi ve yanlış/olumsuz algıların düzeltilmesi, ayrıca doğuma hazırlık sınıflarında akran sınıfları oluşturularak ya da ev ziyaretleri yapılarak akran desteğinin kullanılması,
- Gebelerin doğum şekli tercihini sırayla sağlık personeli, kendisi/eşi ve aile yakınlarının etkilemesi ve doğum şekline birlikte karar vermek istemeleri nedeniyle, gebelik izlemleri ve doğuma hazırlık sınıflarında eğitim ve bilgilendirmenin eş ve aileyi de kapsayacak şekilde yapılması,
- Gebelerin çok azının kendisi ve/veya eşinin karar vermesi gerektiğini düşünmesi nedeniyle, kadınların doğum şekline karar verme sürecine daha fazla katılımlarının sağlanması için desteklenmeleri ve bu konuda ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri,
- Gebelerin önemli bir bölümü doğumlarını doktora yaptırmayı düşündüğünden, sağlık hizmetlerinin her basamağında, ister özel, ister kamuda çalışan tüm doktorların gebelere ve gebelik planlayanlara erkenden ulaşarak değerlendirmeleri, NSVD'yi artırmaya yönelik eğitim, danışmanlık yapmaları ve gerekli durumlarda ileri danışmanlık için rehberlik etmeleri,

- Doğal, sağlıklı olması ve doğum sonu çabuk iyileşme nedeniyle vajinal doğumun tercih edileceği belirtildiğinden, kadınlara olumlu doğum deneyimi yaşatacak fırsatların sunulması ve gebeliğin her döneminde NSVD'nin bu etkilerine yönelik farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi önerilebilir.

Yöneticilere Öneriler:

- Son doğum şekli tercihlerde belirleyici olduğundan, hastanelerde doğal doğum ortamlarının yaratılması ve bu felsefeyi benimseyen sağlık personelinin eğitilerek istihdam edilmesi, ayrıca bu doğrultuda doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması ve standardize edilmesi,
- Gebelerin doğum şekli tercihlerinin bireysel, ailesel ve çevresel birçok faktörden (sosyodemografik, son doğum, doğum şekline ilişkin düşünceler, doğumunu yaptırmayı düşündüğü kişi) etkilenmesi nedeniyle, bu faktörleri belirlemeye yönelik bir risk formu geliştirilmesi ve geliştirilecek Risk Belirleme Formu'nun DÖBYR'ye eklenerek her gebenin bu yönlerden değerlendirilmesi,
- Araştırmada gebelerin tamamına yakını doğum öncesi kontrollere gitmesine karşın, yarısından biraz fazlasının doğum şekilleriyle ilgili verilen bilgiyi yeterli bulduğu saptanmıştır. Bu nedenle doğum şekilleri ve normal-doğal doğumlarla ilgili olarak tüm sağlık personeline kapsamlı eğitim verilmesi ve eğitimlerin standardize edilmesi,
- Doğumlarını ebe/hemşireye yaptırmayı düşünenlerin çoğu ve doktora yaptırmak isteyenlerin daha azı NSVD istediğinden, ebelerin normal doğumda yetkilendirilmesi ve hekimlerin bu konuyla ilgili standardize eğitimlerden geçirilmeleri önerilebilir.

Araştırmacılara Öneriler:

- Araştırmanın Yavuzeli ilçe merkezindeki TSM bölgesinde iki aile hekiminin sorumlu olduğu bölgede yapılması nedeniyle, çalışmanın farklı kırsal-kent, bölge, kültür, sağlıklı-riskli gebe kadın karşılaştırmalarına imkân verecek şekilde ve daha büyük örneklem gruplarında yapılması,
- Araştırma kesitsel tipte ve niceliksel bir çalışmadır. Niteliksel olarak yapılacak çalışmalarda daha farklı sonuçlar elde edilebileceğinden, gebelerin doğum şekli tercihleri ve bunu etkileyen değişkenlere yönelik niteliksel çalışmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Araştırma, gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışma, Gaziantep'in Yavuzeli ilçesindeki TSM'de ilçe merkezine bakan iki aile hekiminin takip ettiği 105 gebede gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile gebelerin öz bildirimleriyle; resmi izinler, etik kurul onayı ve gönüllülerin sözlü-yazılı onamları alınarak toplanmıştır. Veriler Ki-Kare analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde 0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Yaş ortalaması 28.77 ± 6.62 ve evlilik yaşı 20.96 ± 4.04 olan gebelerin çoğu (%88.57) ev hanımı ve %60.95'i ilkokul ve altı eğitim görmüştür. Ortalama paritesi 2.90 ± 1.67 olan gebelerin %92.38'si DÖB almıştır. Gebelerin %62.22'sinin son doğumu NSVD olup, %60.95'i doğum şekillerini bilmektedir.

Gebelerin %72.38'i NSVD'yi tercih etmektedir. Gebelerin doğum şekli tercihini etkileyen en önemli kişi sağlık personeli, kendisi ve eşi ile aile ve aile yakınlarıdır. Evlilik yaşı, son doğum şekli, kadınların tercih etmeleri ve kesinlikle tercih etmemeleri gereken doğum şekline ilişkin görüşleri, çevredeki kadınların tercih ettiği doğum şekli ile doğumunu yaptırmayı düşündüğü kişi gebelerin doğum tercihini etkilemiştir ($p < 0.05$).

Araştırma sonucunda gebelerin NSVD konusunda olumlu görüşe sahip oldukları ve önemli bir bölümünün NSVD'yi tercih ettikleri, tercihlerini etkileyen en önemli kişinin kendilerinden çok sağlık personeli olduğu ve aynı zamanda bireysel, obstetrik ve çevresel faktörlerin tercihlerini etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle gebeliğin erken döneminden itibaren başlatılarak sürekli olarak yapılacak DÖB ve doğuma hazırlık eğitimlerinde gebelerin doğum tercihleri ve bunları etkileyen bireysel, ailesel ve çevresel faktörlerin dikkate alınması ve gebelerin doğum tercihlerinde otonomilerini kullanmaları için desteklenmeleri önemli ve kaçırılmaması gereken bir fırsat olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, doğum şekli, düşünce, tercih.

SUMMARY

This cross-sectional, analytic study was made to determine pregnant women's opinions and choices for delivery mode. The sample included 105 pregnant women registered in Society Health Center in Yavuzeli, Gaziantep. Self-reported data were collected *via* a questionnaire prepared by researcher and with Dyadic Adjustment Scale (DAS), with official permission, ethics committee approval and oral-written informed consent of volunteers. Data were evaluated by Chi-square analysis. $P < 0,05$ was accepted as significant.

Attendants' mean age and duration of marriage was 28.77 ± 6.62 and 20.96 ± 4.04 , respectively. Of women %88.57 were housewives and %60.95 primary school graduates. Mean pregnancy duration was 2.90 ± 1.67 weeks and %92.38 received antenatal care. %62.22 of the pregnant women's last delivery mode was vaginal delivery and %60.95 knows delivery types.

Majority of the pregnant women (%72.38) prefer vaginal delivery. Preference of delivery mode was influenced mostly by health staff, herself, partner, family and family members. Age of marriage, previous delivery choice, delivery modes which should and shouldn't be preferred for women, delivery modes chosen by women close to sample and people who consider taking birth influenced the delivery choice ($p < 0.05$).

As a result, it is concluded that pregnant women have positive opinions about vaginal birth and many of them chose vaginal delivery, pregnant women were mostly affected by health staff on the contrary of themselves and at the same time they also affected by personnel, obstetric and environmental factors. Therefore in the early initiated antenatal pregnancy care and childbirth training, taking into consideration pregnant women delivery choices and individual, familial and environmental factors affecting these preferences, and supporting pregnant women to use their autonomies on their choices will be an important and not to be missed opportunity.

Keywords: Pregnancy, delivery mode, thought, preference.

KAYNAKLAR

ACOG. Episiotomy. Practice Bulletin No:71. Obstetrics & Gynecology 2006;107:957-62.

ACOG. Committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. Obstetrics & Gynecology 2013;121 904-7.

Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2008;37(1):106–115.

Adageba RK, Danso KA, Adusu A, Ankobea F. Awareness and perceptions of and attitudes towards caesarean delivery among antenatal. Ghana Medical Journal 2008;42(4):137–140.

AkadlıErgöçmen B, Tezcan S, Çağatay P. Üreme Sağlığı. İn: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2009;143-158.

AkadlıErgöçmen B, Çavlin A, Abbasoğlu Özgören A. Üreme Sağlığı. İn: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2014;141-156.

Akbaş A, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:85-91.

Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M. Sezaryen sonrası vajinal doğumun güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2001;11:224-227.

Akyol A, Gönen Yağcı Ş, Tekirdağ Aİ. Sağlık personelinin doğum şekline özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi 2011;3(2):55-63.

Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. Journal of Midwifery & Women's Health 2007;52 (3):246-253.

Ali UA, Norwitz ER. Vacuum-Assisted vaginal delivery. Reviews in Obstetrics & Gynecology 2009;2(1):5-17.

Arjun G. Caesarean section: evaluation, guidelines and recommendations. *Indian Journal of Medical Ethics* 2008;5(3):117-120

Avery MD (Editör). Supporting a physiologic approach to pregnancy and birth: A Practical Guide. John Wiley & Sons, Inc. Lova: UK. 2013. <https://books.google.com.tr/books?id=kPabkeJT8TQC&printsec=frontcover&hl=tr> Erişim tarihi:11.02.2015.

AWHONN. Midwifery. AWHONN position statement. *JOGNN* 2010;39(6):734-737.

AWHONN. Guidelines for professional registered nurse staffing for perinatal units. Washington, 2011. <https://www.awhonn.org/awhonn/store/productDetail.do?productCode=SG-910> Erişim tarihi: 11.02.2015.

Ayers S, Jessop D, Pike A, Parfitt Y, Ford E. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders* 2014;155:295-298.

Bais JMJ, Borden DMR, Pel M, Bonsel GJ, Eskes M, Slikke HJW, Bleker OP. Vaginal birth after caesarean section in a population with a low overall caesarean section rate. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001;96:158-162.

Bakırcı Y. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1988-2009 yılları arasında gerçekleşen doğumların, sezaryen endikasyonları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. 2010.

Balaskas J. Active Birth: The New approach to giving birth naturally. Revised edition. America: Harvard Common Pres, 1992.

Bangal VB, Giri PA, Shinde KK, Gavhane SP. Vaginal birth after cesarean section. *North American Journal of Medical Sciences* 2013;5(2):140-4.

Barnett GV. A new way to measure nursing: Computer timing of nursing time and support of laboring patients. *Computers Informatics Nursing* 2008;26(1):199-206.

Baydock SA, Flood C, Schulz JA, MacDonald D, Esau D, Jones S, Hiltz CB. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2009;31(1):36–41.

Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *British Medical Journal* 2002;324:942–5.

Bektaş E. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve sezaryen tercihi ve nedenleri ile ilgili anket çalışması. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, Türkiye. 2008.

Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 2007;21:98–113.

Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery* 2014;30:255-261.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Bracken JN, Dryfhout VL, Goldenhar LM, Pauls RN. Preferences and concerns for delivery: an antepartum survey. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 2008;19 (11):1527–153

Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009;88:599-605.

Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ AYK, Bektas E, Unal O, et al. Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2010;30:155–8.

Canbal M, Ak M, Yılmaz A, Palancı Y. Aile hekimliğine başvuran kadınların sezaryen bilgi düzeyleri: İki merkezli kesitsel bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi* 2014;41(2):319-325.

Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2014;19(3):122-125.

Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault MY, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, et al. Guidelines for operative vaginal birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC* 2004;26(8):747–61.

Carroli, G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *CochraneDatabase Systematic Reviews* 2009;21(1):CD000081.

Ceylan A, Yiğitalp G, Saka G, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde son 10 yılda doğum yapan kadınların doğum şekilleri ve sezaryen doğum ile ilgili görüşleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2011;21(1):31-8.

Ceylantekin Y. Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Afyon, Türkiye. 2006.

Chong ESY, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003;80:189-194.

CIMS. The Mother-Friendly Childbirth Initiative: The First Consensus Initiative of the Coalition for Improving Maternity Services. *Journal of Midwifery & Women's Health* 1997;42(1):59-63.

Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Systematic Review*. 2009; 15;(2):CD000111.

Coşar A. Ağrısız doğumda rejyonel analjezi/anestezi. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*2007;3:26-8.

Coşar F, Demirci N. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012;3(1):18–30.

Coşkun A. Gebelik ve üreme sağlığı danışmanlığı. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. 19–22 Nisan 2007. Ankara; 2007. s.140–143.

Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş ili merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2007;4(3):168-72.

Crawford J. Myles text for midwives. Londra: Edited: Fraser DM, Elsevier Limited, Cooper MA. 15. Baskı, 2009. p.81-100.

Ugwumadu A. Does the maxim "once a caesarean, always a caesarean" still hold true? PLoS Med. 2005 Sep;2(9):e305. Epub 2005 Sep 27.

Çoker H. Hamilelikte lamaze felsefesi. 2009. Erişim: <http://www.doğaldogum.com>, Erişim Tarihi: 10.10.2009

Dahlen HG, Dowling H, Tracy M, Schmied V, Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. Midwifery 2013;29(7):759-64.

Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hındın MJ. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. Ghana Medical Journal 2009;43(1):29-33.

Darra S. Normal, natural, good or good enough birth: Examining the concepts, Nursing Inquiry 2009;16(4):297-305.

De Cherney AH, Nathan L. Cesarean Section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9 th Ed. 2003. s.518-529.

Deering SH, Heller J, McGaha K, Heaton J, Satin AJ. Patients presenting with birth plans in a military tertiary care hospital: a descriptive study of plans and outcomes. Military Medicine 2006;171:778-780.

Dick-Read G. Childbirth without fear. The Principles and Practice of Natural Childbirth. London: Pinter&Martin Ltd; 2004.

Dinç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. Gebe eğitimi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2014;1(1):68-76.

Duman Z, Nadirgil G, Kırşahin F, Coşar E, Dağistan TA, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji Dergisi 2007;15:7-11.

Durfee R. Cesarean section. In: Nichols HN (Ed.) Gynecologic and Obstetrik Surgery. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc 1993;1075-1122.

Durukan E, İlhan NM, Bumin AM, Aycan S. 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. Balkan Medical Journal 2011;28(4):385-93.

Ecker J. Elective cesarean delivery on maternal request. Review. Journal of the American Medical Association 2013;309(18):1930–6.

Ecker JL, Frigoletto FD. Cesarean delivery and the riskbenefit calculus. The New England Journal of Medicine 2007;356:885–888.

Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. Journal of the Turkish German Gynecological Association 2009;10:14-20.

Ejega H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. Gynecologic and Obstetric Investigation 2008;66(1):1–7.

Ercan Ö, Alay İ, Dede FS. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2006-2010 yılları arasındaki sezaryen endikasyonu ve oranlarının değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi 2013;5(2):57- 60.

Erdine S. Obstetrik anestezi ve analjezi uygulamaları. Rejyonel Anestezi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2005.s.253–70.

Erenus M, Rathfisch G. Doğum ve doğum yöntemleri. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. İstanbul: Maydanöz Matbaa ve Reklamcılık San. ve Tic. Ltd. Şti;2014.

Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4:321-29.

Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;26-34.

Ertem G, Koçer A. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum. Dirim Tıp Gazetesi 2008;82:1-5.

Fasial-Cury, Menezes PR. Factors associated with preference for cesaren delivery. Rev Saude Publica 2006;40:226-32.

Fenwick J, Midhons LS, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010;26:394-400.

Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;23:260-268.

Freda MC. Perinatal patient education a practical guide with education handouts for patients. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2002. p.21-31.

Goer H, Romana A, Sakala C. Vaginal or Ceserean Birth: What Is at Stake for Women and Babies? A Best Evidence Review. New York: Childbirth Connection 2012. <http://childbirthconnection.org/pdfs/vaginalorcesareanbirth.pdf>, Erişim tarihi:11.09.2015.

Göynüner FG, Temel M, Şahin S, Naki M, Kepkep K. Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Perinatoloji Dergisi* 2006;14(4):176-182.

Gözükara F, Eroğlu K. Primigravidaların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;15(1):32-46.

Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: Bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011;18(2):89-100.

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005;32 (3):21 9-23.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;16(5):CD002006.

Gümüş İ, Kamalak Z. Sezaryan sonrası her hastaya normal vajinal doğum denenebilir mi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;73-1:33-38.

Gül N. normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul, Türkiye. 2008.

Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;3:249-254.

Güngör İ. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009;11(2):56-65.

Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2012;25 (10):2055-2057.

Haines HM, Hildingsson I, Pallant JF, Rubertsson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2013;42(4):428-441.

Halpern SH, Soliman A, Yee J, Angle P, Ioscovich A. Conversion of epidural labour analgesia to anaesthesia for Caesarean section: a prospective study of the incidence and determinants of failure. *British Journal of Anaesthesia* 2009;102:240-243.

Hardin MA, Buckner BE. Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Education* 2004;13(4):10-16.

Herguner S, Cicek E, Annagur A, Herguner A, Ors R. Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014;27:15-20.

Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean delivery. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;109(6):618-23.

Hofmeyr GJ, Shweni PM. Symphysiotomy for feto-pelvic disproportion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;17:10:CD005299.

Hook CD, Damos JR. Vacuum-assisted vaginal delivery. *American Family Physician*. 2008;78(8):953-60.

Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine* 2000;51(5):725-740.

Hotelling BA. Teaching normal birth, normally, *The Journal of Perinatal Education* 2009;18(1):51-55.

ICM. International Confederation Of Midwives. The philosophy and model of midwifery care 2012. <http://www.internationalmidwives.org/portals/5/2010Erişim> Tarihi:15.12.2014.

İngeç M, Kumtepe Y, Özdiller O, Coşgun S, Kadanalı S. Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2004;14:96-100.

İskender C, Danışman N. Vacuum extraction. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi Special Topics 2008;1(1):63-8.

SOGC. Joint policy statement on normal childbirth. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2008;30(12):1163–1165.

Kadanalı A, Karagöz G. Puerperal infeksiyonlar. Ümraniye Tıp Dergisi 2012;5(1):22-28.

Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;20(3):210-218.

Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, Lucia MC, Zugaib M. “Women's opinions about mode of birth in Brazil: a Qualitative Study in a Public Teaching Hospital”, Midwifery 2010;26:319-26.

Karakuş A, Şahin NH. Women's opinions and perceptions toward birth methods after birth. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 2008;3(5):60-65.

Karakuş R, Anğın D, Temizkan O, Polat M, Şanverdi İ, Karakuş S, Ekinci F. Vakum ile operatif vajinal doğumun perinatal etkileri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014;48(3):192-197.

Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason 1997–2006: A Swedish register study. Birth 2010;37(1):11–22.

Kassim Z, Sellars M, Greenough A. Underwater birth and neonatal respiratory distress. BMJ 2005;330:1071–2.

Khan H. High cesarean section rate: Can we reduce it? Gomal Journal of Medical Sciences 2008;6(1):1.

Khreshah R. Support in the first stage of labour from a female relative: The first step in improving the quality of maternity services. Midwifery 2010;26:21-24.

KıyakÇağlayan E, Kara M, CihanGürel Y. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. Journal of Experimental and Clinical Medicine 2010;27:50-53.

Klein MC. Many women and providers are unprepared for an evidence-based, educated conversation about birth. The Journal of Perinatal Education 2011;20(4):185-187.

Konakçı SK, Kılıç B. İzmir’de sezaryen ile doğum oranları ve buna etki eden faktörler. Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2004;16(2):88-95.

Kozak LJ, Weeks JD. U.S. trends in obstetric procedures, 1990-2000. Birth 2002;29:157–61.

Kringeland T, Daltveit AK, Möller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? Scandinavian Journal of Public Health 2009;37(4):364–71 .

Kudish B, Mehta S, Kruger M, Russell E, Sokol RJ. Delivery route preferences of urban women of low socioeconomic status. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2010;111:28–31.

Kütük MS, ÖzgünMT, UludağS, DolanbayM, Özdemir M, UysalG, ÖztürkA. Rutin epizyotomi uygulamasının terk edilmesi.Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2013;23(3):154-9.

Lai CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, Lau TK, Leung TY. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2009;22:1116-21.

Lamaze International.Lamaze Healthy Birth Practices. 2009. <http://www.lamaze.org/ExpectantParents/HealthyBirthPractices/tabid/251/Default.aspx> Erişim tarihi: 05.01.2015.

Laopaiboon M, Lumbiganon P, McDonald SJ, Henderson-Smart DJ, Green S, Crowther CA. Use of evidence-based practices in pregnancy and childbirth: South East Asia optimising reproductive and child health in developing countries project. Public Library of Science 2008;3(7):2646.

Laws PJ, Sullivan EA. Australia’s mothers and babies 2003. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit 2005. https://npesu.unsw.edu.au/sites/default/files/npesu/data_collection/Australia's%20mothers%20and%20babies%202003.pdf Erişim tarihi: 18.04.2015.

Li Z, McNally L, Hilder L, Sullivan EA. Australia’s mothers and babies 2009. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit 2011;25:25–52.

Little MO, Lyerly AD, Mitchell LM, et al. Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. Obstetrics & Gynecology 2008;112:913-8.

Lothian JA. Discussion: The coalition for improving maternity services. *Journal of Perinatal Education* 2007;16(1):89-92.

Lundgren I, Begley C, Gross MM, Bondas T. 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after caesarean section). *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12: 5.

Lyerly AD, Little MO. Toward an ethically responsible approach to vaginal birth after cesarean. *Seminars in Perinatology* 2010;34(5):337-44.

MacDorman MF, Menacker F, Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clinics in Perinatology* 2008;35:293-307.

Marakoğlu K, Çivi S, Demiröz S, Kutlu R. Bir doğum evinde, doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. *Konya Kocatepe Tıp Dergisi* 2008;9(1):49-56.

Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Mathews TJ. CDC National Vital Statistics Reports. Births: Final data for 2006. 2009;57(7):1-104.

Martin JA, Hamilton EB, Ventura SJ, Ostermann M, Wilson E, Mathews TJ. Births: Final data for 2010. *CDC National Vital Statistics Reports* 2012; 61:1-72.

McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making. A critical review of the literature. *Birth* 2007;34(1):65–79.

Menacker F, Hamilton BE. Recent trends in cesarean delivery in the United States. NCHS Data Brief no 35. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics 2010. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db35.htm> Erişim tarihi:10.01.2015.

Mete S. Doğum öncesi eğitim. Şirin A, Kavlak O (Editör). *Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık, 2008:501-521.

Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007;114(1):86-93.

Moini A, Riazi K, Ebrahimi A, Ostovan N. Caesarean section rates in teaching hospitals of Tehran: 1999-2003. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2007;13 (2):467-460.

Mollamahmutoglu L, Moraloğlu O, Ozyer S, Su FA, Karayalçın R, Hançerlioğlu N, Uzunlar O, Dilmen U. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *The Journal of the Turkish German Gynecological Association* 2012;13:45-49.

Mumcu A. Sezaryen genel bilgiler. 2010. <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=47>. Erişim tarihi: 26.05.2010.

Murray SS, McKinney ES. *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. 6th Ed. ABD: W.B. Saunders Company, 2014.

National Institutes of Health. Cesarean Childbirth. *British Medical Journal* 1981;282 (6276):1600–1604.

NHS. The Health and Social Care Information Centre, Hospital Episode Statistics, National Health Service: Maternity Statistics England 2011-12 Summary Report. 2012. <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB09202>. Erişim tarihi:10.12.2014.

Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009;88:807-13.

Nikpoor P, Bain E. Analgesia for forceps delivery. *Cochrane Database Systematic Review*. 2013;30(9):CD008878.

Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women & Birth* 2012;25:114–121.

Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *Journal of Midwifery & Womens Health* 2014;59(3):286-319.

Nzewi Ch, Penna LK. Caesarean section for maternal request. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine* 2011;21:357–8.

O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery* 2014;30:935-941.

Ogata J, HorishitaT, Shiraishi M, Minami K. Combined spinal-epidural anesthesia for cesarean section in a patient with Takayasu arteritis complicated by heart failure. *Journal of Anesthesia* 2007;2 (4):525-526.

Oktay S. Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye. 2012.

Okumuş H, Mete S, Yenal K, Tokat MA, Figen PS. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. İstanbul: Deomed Reklam ve Yayıncılık Ltd. ve Şti; 2009.

O'Leary CM, De Klerk N, Keogh J, Pennell C, De Groot J, York L, Mulroy S, Stanley FJ. Trends in mode of delivery during 1984 –2003: can they be explained by pregnancy and delivery complications? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007;114 (7):855–64.

O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Systematic Review* 2010;10(11):CD005455.

Öcal P, KarataS, Çepniİ, SalahovR. Günümüzde vakum, forseps uygulanmalı mı? *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2010;20(2):104-10.

Öner C, Güneri MC, Telatar B. Doğum yöntemi ve postpartum depresyon ilişkisi. 3.Trakya Aile Hekimliği Kongresi. 31 Ekim-02 Kasım 2013, Edirne; 2013.

Önderoğlu L, Karamürsel BS, Taşkiran Ç. Obstetrikal Operasyonlar: Sezaryen, Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi, Ed. Güner H, Ankara: Güneş Kitabevi; 2005. s.1549-80.

Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health* 2013;11(2):59-71.

Özkar F. Gaziantep-Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan normal doğum ve sezaryen ile doğum yapan kadınların, erken postpartum dönemde bir sonraki gebelik ve doğum hakkındaki duygu ve düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye. 2011.

Patel RR, Murphy DJ. Forceps delivery in modern obstetric practice. *BMJ* 2004;328 (7451):1302–5.

Public Health Agency of Canada. Canadian Perinatal Health Report 2008 Edition. Ottawa: Minister of Health 2008. <http://www.violapolomeno.com/cphr-rspc08-eng.pdf>
Erişim tarihi: 21.12.2014.

Rathfisch G. Doğal doğum felsefesi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. s. 121-122.

Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011;115:26–30.

RCM. The Royal College of Midwives. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Immersion in water for labour and birth. 2012:1-9. https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20for%20Labour%20and%20Birth_0.pdf. Erişim Tarihi: 11.09.2015.

RCM. The Royal College of Midwives. Home Birth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist and Royal College of Midwives Joint Statement. 2007; No: 2:1-6.

RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vaginal delivery. Green-top guideline. 2011; No: 26:1-19.

Reeder S, Martin L L, Koniak-Griffin D. KoniakGriffin D Maternity Nursing, Eighteenth Edition. Philadelphia: Lippincot Company, 1997; s. 636-690.

Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2008;37:94-105.

Romero ST, Coulson CC, Galvin SL. Cesarean delivery on maternal request: A Western North Carolina Perspective. *Maternal and Child Health Journal* 2012;16:725–734.

Ross MG. Forceps delivery. *Medscape* 2012. <http://emedicine.medscape.com/article/263603>. Erişim tarihi: 14.12.2014.

Ryding EL. Investigation of 33 woman who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica* 1993;72(4):280-285.

Sahlin M, Carlander-Klint AK, Hildingsson I, Wiklund I. First-time mothers' wish for a planned caesarean section: Deeply rooted emotions. *Midwifery* 2013;29:447–452.

Saoji A, Nayse J, Kasturwar N, Relwani N. Women's knowledge, perceptions, and potential demand towards caesarean section. *National Journal of Community Medicine* 2011;2(2):244-248.

Sayiner FD, Demirci N. Effectiveness of prenatal perineal massage on vaginal delivery. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2007;15(60):46-54.

Sayiner F, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi* 2009;3:104-112.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009;25(2):155-62.

Serçekuş P, İşbir GG. Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012;11(1): 7-102.

Sıkar D, Yaşar L, Battaloğlu İnanç B, Yaşar N. Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2013;17(1):3-7.

Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2002;23:31-39.

Sprague A, Com D. Water labour, water birth: A Guide To The use of Water During Childbirth: A Guide to The Use of Water during Pregnancy Labour And Birth. 4. Baskı. Printed by Craft Print International Ltd; Australia: 2011.

Suwannachat B, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Rapid versus stepwise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Systematic Review*. 2012;15(8):CD006636.

Sullivan C, Hayman R. Instrumental vaginal delivery. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2008;18(4):99-105.

Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009;40(2):57-62.

Şahin NH, Yıldırım G, Aslan E. evaluating the second stages of deliveries maternity hospital, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2007;17(1);37-43.

Şevket O. Primer sectio caeserae abdominalis olgularında peroperatuar servikal dilatasyon ile erken uterin insizyon stabilitesi arasındaki ilişki. Uzmanlık Tezi. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye. 2005.

Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi 2007; 17(3):181–186.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2014.

Taşpınar A, Özpınar S, Çoban A, Küçük M. Doğum öncesi bakım hizmeti almanın sezaryen doğum üzerine etkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014;36:442-450.

Tezcan S. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2004.

Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstetrical & Gynecological Survey 1983;38 (6):322-38.

Thivierge B. Caesarean section, encyclopedia of Medicine Report. 2006. <http://find.galegroup.com>> Erişim tarihi: 23.12.2014

Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003;110:1041–4.

Todman DA. History of caesarean section: From ancient world to the modern era. Obstetrics and Gynecology 2007;47: 357-361.

Topçu Özer H. Doğum şeklinin annelerin postpartum ilk 24saatteki doğum sonu konforuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. 2011.

Töre G, Gurbet A, Şahin Ş, Türker G, Yavaşcaoğlu B, Korkmaz S. Türkiye’de obstetrik anestezi uygulamalarındaki değişimin değerlendirilmesi. Türk Anestezi Reanimasyon Derneği Dergisi 2009;37(2):86-95.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. No:2-B, .Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi;2009.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti; 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara: Semih Ofset Matbaacılık; 2012a. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf Erişim tarihi:22.12.2013

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2014. s.60.<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> Erişim tarihi: 12.02.2015.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013–2017. Ankara. 2012b. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/stratejikplanturk.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı.2013.<http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/haberler/784-ebe-ve-hem%C5%9Fireler-i%C3%A7in-acil-obstetrik-bakim-ve-anne-dostu-hastane-programi.html>. Erişim tarihi: 10.01.2015.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler. Araştırma ve Sosyal Politika Serisi Birinci Basım. İstanbul:Çizge Tanıtım ve Kırtasiye Ltd. Şti;2014.

Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi 2010;2(1):21-26.

Torkestani F, Zafarghandi N, Davati A, Hadavand SH, Garshasbi M. Case-controlled study of the relationship between delivery method and incidence of post-partum urinary incontinence. Journal of International Medical Research 2009;37(1):214–219.

TÜİK. İş gücü piyasası analizi raporu. Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Aydın Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüğü. 2013a, http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/HIA_2013.pdf Erişim tarihi: 01.07.2015.

TÜİK. Okuma Yazma Durumu. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. 2013b. <http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/GAZIANTEP.pdf>,Erişim tarihi:1.7.2015.

TÜİK. Hanehalkı İşgücü Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. 2013c. http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/HIA_2013.pdf,Erişim tarihi:1.7.2015.

Türk Tabipleri Birliği. TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Toplantı Notları ve Kararları 2012. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Yazismalar/1352-2012-3349.html>,Erişim tarihi: 02.07.2015.

Türkan S, Saygın B. Spinal, epidural ve kaudal anestezi. Anestezide Güncel Konular. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2002;337–55.

Uyar M, Karaman S. Doğumda Rejyonel Analjezi Uygulamaları. In: Özyalçın S: Akut Ağrı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005;161-176.

Uzunçakmak C, Gültaş A, Aydın S, Var A, Özçam H. S.B. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2005-2012 yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. İstanbul Medical Journal 2013;14:112-6.

Ünsal Boran S, Cengiz H, Erman Ö, Erkaya S. Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparous females.The Eurasian Journal of Medicine. 2013;45(3): 76–180.

Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:110-5.

Vırt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Noropsikiyatri Arşivi 2008;45:9-13.

YağcıMİ, Duman T. Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. Doğu Üniversitesi Dergisi 2006;7(2):218-238.

Yanık FF. Epizyotomi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. Special Topics 2008;18(1):50-54.

Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D, Kitapçioğlu G. Gebe bir kadının hissettikleri 'Korkuyorum'. Jinekoloji Obstetri Dergisi 2007;109-111.

Yanikkerem Uçum E, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010;107-23.

Yanikkerem E, Göker A, Piro N. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. Selçuk Tıp Dergisi 2013;29(2):75-81.

Yaşar Ö, Kır Şahin F, Coşar E, Nadirgil-Köken G, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri 2007;17:414-20.

Yeomans ER. Operative vaginal delivery. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2010;115 (3):645-53.

Yıldırım S, Aktepe Keskin E, Onaran Y, Namlı Kalem M, İltemir Duvar C. Sezaryen operasyonuna genel bir bakış. Yeni Tıp Dergisi 2015;32:10-12.

Yıldız BZ. Doğumda Epidural Analjezi/Anestezi Tercihini Belirleyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye. 2012.

Yıldız Ş, Çaypınar SS, Cengiz H, Dağdeviren H, Kanawati A. Türk kadınlarının doğum yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi ve bakış açısı. Journal of Computer Engineering and Informatics 2014;5 (2):173-178.

Yılmaz M, Öncel S. Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 2009;1(1):32-38.

Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. Marmara Medical Journal 2009;22 (2):104-110.

Yıldızhan R, Yıldızhan B, Bozkurt Turan Y. Doğumda epidural analjezi. Van Tıp Dergisi 2008;15(4):116-119.

Vatansever Z. Primipar gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. 2009.

Weaver J, Statham H, Richards M. Are there ‘unnecessary’ caesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about caesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007;34:32–41.

Wegner EK, Bernstein IM. Operative Vaginal Delivery. 2015. <http://www.uptodate.com/contents/operative-vaginal-delivery>. Erişim Tarihi: 11.09.2015

WHO. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Division of Family Health Maternal Health and Safe Motherhood. Geneva. 1996.

WHO. The world health statistics. Geneva, Switzerland. 2008 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf Erişim tarihi: 20.12.2014

WHO. The world health statistics. Episiotomy. Geneva, Switzerland. 2009. http://www.who.int/reproductivehealth/impac/Procedures/Episiotomy_P71_P75.html Erişim tarihi: 02.02.2009.

WHO. The world health statistics. Geneva, Switzerland. 2013. URL: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10. Erişim tarihi: 20.12.2014

WHO. The world health statistics. Geneva, Switzerland. 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf erişim tarihi: 12.04.2014

ÖZGEÇMİŞ

Emine YÜKSEL YAKUT, 1987 yılında Nevşehir’de doğmuştur. İlkokul eğitimini, 1993-1998 yılları arasında Nevşehir 20 Temmuz İlkokulu ve 1998-2001 yılları arasında Nevşehir Lütfü Pamukçu Ortaokulu’nda almıştır. Lise eğitimini 2001-2004 yıllarında ise Nevşehir Lisesi’nde tamamlamıştır.

Araştırmacı, lisans eğitimi için 2004 yılında Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’ne girmiş ve 2009 yılında Hemşire unvanı ile mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi Servisi’nde altı ay hemşire olarak çalışmıştır. Daha sonra 2009 yılında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Anestezi ve Reanimasyon Kliniği’nde yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmıştır. Araştırmacı, 2012-2014 yılları arasında Nazilli Devlet Hastanesi’nde cerrahi hemşiresi olarak görev yapmıştır. Halen Nazilli Devlet Hastanesi’nde ameliyathane premedikasyon hemşiresi olarak çalışmaktadır. Araştırmacı, 2012-2015 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır.

Emine YÜKSEL YAKUT, evli ve bir çocuk annesidir.

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda destek olan, özellikle tezimin planlanması, hazırlanması ve yazılması aşamalarında yardımını ve büyük desteğini gördüğüm, olumlu eleştirileriyle motive eden ve kendime örnek aldığım değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca gösterdikleri ilgi ve yardımlarından dolayı tüm bölüm hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve verilerin toplanma aşamasında destekleyici tavırlarıyla yardımcı olan tüm gebelere,

Eğitim hayatımda her zaman sevgi ve destekleriyle yanımda olan anneme ve babama,

Hayatımın anlamı, dünyanın en güzel varlığı canım kızım Eylül YAKUT'a ve yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar ve tezimin yazım aşamasında tüm yoğunluğuna rağmen bu süreçte anlayış ve sevgisiyle manevi destek veren sevgili eşim Erhan YAKUT'a çok teşekkür ederim.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın amacı nedir?

Gebe kadınların doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini belirleme araştırmasıdır.

Katılma koşulları nedir?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için gebe, sağlıklı iletişim kurabilen ve tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı bulunmayan gebe kadın olmanız gerekir.

Nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Gönüllülere anket uygulaması ile sorular sorulacaktır.

Sorumluluklarım nedir?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru cevap vermek ve araştırmacının önerilerine uyma sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımcı sayısı nedir?

Araştırmada yer alacak gönüllüler, Yavuzeli ilçe merkezinde bulunan tüm gebe kadınlardır.

Katılımım ne kadar sürecektir?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakikadır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

Bu tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değildir, bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası riskler nedir?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabulemeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve

kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Araştırma sürecinde birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen ilaçlar/besinler nelerdir?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin yoktur.

Hangi koşullarda araştırma dışı bırakılabilirim?

Çalışma programını aksatmanız ve araştırmaya katılma koşulları dışında kalan özellikler gibinedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

Çalışma kapsamındaki giderler karşılanacak mıdır?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Çalışmayı destekleyen kurum var mıdır?

Çalışma için herhangi bir destek yoktur.

Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi bir ödeme yapılacak mıdır?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, soruları gerçekçi şekilde cevaplamamanız, çalışma programını aksatmanız veya araştırmaya alınacak niteliklere uymamanız vb. nedenlerle isteğiniz dışında, ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar,

etik kurullarveresmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren üç sayfalık metni 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, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda 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 formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		
Vekalet veya Vesayet Altında Bulunanlar için Veli veya Vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		
Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
Gerektiği Durumlarda Tanık		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREV		
TARİH		

Ek 2. Soru Formu

I. TANITICI BİLGİLER

A. Sosyodemografik özellikler

1. Yaşınız:
2. Medeni durumunuz?
 1. Bekar
 2. Evli
 3. Boşanmış
 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:
3. Kaç yaşında evlendiniz?
4. Eğitim durumunuz?
 1. Okur yazar
 2. İlkokul mezunu
 3. Ortaokul mezunu
 4. Lise mezunu
 5. Üniversite mezunu
5. Çalışma durumunuz?
 1. İşsizim, çalışmıyorum
 2. Çalışıyorum(İşiniz?
6. Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yer?
 1. Köy
 2. İlçe
 3. Şehir
7. Aile tipiniz?
 1. Çekirdek aile
 2. Geniş aile
 3. Diğer (Lütfen belirtiniz:
8. Gelir durumunuz?
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla

B. Obstetrik özellikler

9. Toplam kaç kez gebe kaldınız? 1. Hiç 2. Toplamkez gebe kaldım
10. Yaşayan çocuk sayınız? 1. Yok 2. Yaşayançocuğum var
11. Bu kaçınıc gebeliğiniz?
12. Bu gebeliğinizde doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?
1. Hayır
 2. Evet (kaç kez gittiniz?
13. Gittiyseniz, doğum öncesi kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz?
1. Özel muayenehane
 2. Özel hastane
 3. Devlet hastanesi
 4. Üniversite hastanesi
 5. Toplum Sağlığı Merkezi
 6. Aile sağlığı merkezi
 7. Diğer (Lütfen belirtiniz:
14. Bu gebeliğinizde doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi hakkında herhangi bir bilgi, eğitim aldınız mı?
1. Hayır
 2. Evet
15. Bilgi/egitim aldıysanız, nereden aldınız?
1. Ebe/hemşire
 2. Doktor
 3. İnternet
 4. Aile büyükleri
 5. Doğuma hazırlık sınıfları
 6. Diğer (Lütfen belirtiniz:
16. Aldığınız bilgi yeterli mi?
1. Hayır
 2. Evet
 3. Kısmen

17. Son doğumunuzu nerede yaptınız?

1. Özel hastane
2. Devlet hastanesi, doğumevi
3. Üniversite Hastanesi
4. Evde
5. Diğer (Lütfen belirtiniz:

18. Son doğumunuzu hangi yöntemle yaptınız?

1. Normal doğum (dikişli, suni sancı ile, vakumla, müdahalesiz-kendiliğinden-doğal yolla, epidural anestezi ile, suda doğumla)
2. Sezaryen
3. Diğer (Belirtiniz:

19. Bu doğum şekli/yöntemini seçmenizdeki en önemli neden ne idi?

.....

20. Bu doğum şekli/yöntemi ile ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1. Hayır
2. Evet (Lütfen belirtiniz:

21. Bu doğum şekli/yöntemini etrafınızdaki insanlara önerir misiniz?

1. Hayır
2. Evet

C. Doğum şekli bilgisi

22. Doğum şekli/yöntemlerini biliyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet
3. Kısmen

23. Hangi doğum şekli/yöntemlerini biliyorsunuz?

1. Normal doğum (dikişli, suni sancı ile, vakumla, müdahalesiz-kendiliğinden-doğal yolla, epidural anestezi ile, suda doğumla)
2. Sezaryen
3. Diğer (Belirtiniz:

24. Doğum şekli/yöntemlerini nereden ve kim/kimlerden öğrendiniz?

1. Doğum yapmış akraba/tanıdıklar
2. Arkadaşlar
3. Kitle iletişim araçları (kitap, dergi, televizyon, internet vb.)
4. Sağlık personeli
5. Diğer (Belirtiniz:)

II. DOĞUM ŞEKLİNE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE TERCİHLER

25. Sağlık personeli tarafından kadınlar ve/veya eşlere doğum şekli tercihleri soruluyor mu?

1. Hayır
2. Evet
3. Fikrim yok

26. Sizce kadınlar hangi doğum şeklini tercih etmelidir?

1. Normal doğum (dikişli, suni sancılı, vakumlu, müdahalesiz-kendiliğinden-doğal yolla, epiduralanestezili, suda doğum)
2. Sezaryen
3. Bilmiyorum

27. Kadınlar neden bu doğum şeklini tercih etmelidir?

.....

28. Kadınların kesinlikle tercih etmemesi gerekendoğum şekli/yöntemi hangisidir?

1. Normal doğum (dikişli, suni sancılı, vakumlu, müdahalesiz-kendiliğinden-doğal yolla, epiduralanestezili, suda doğum)
2. Sezaryen
3. Bilmiyorum

29. Kadınlar neden bu doğum şeklini tercih etmemelidir?

.....

30. Çevrenizdeki kadınlar en çok hangi doğum şeklini tercih ediyor?

1. Normal doğum (dikişli, suni sancılı, vakumlu, müdahalesiz-kendiliğinden-doğal yolla, epiduralanestezili, suda doğum)
2. Sezaryen

31. Çevrenizdeki kadınlar neden en çok bu doğum şeklini tercih ediyor?

.....

32. Doğum şekli tercihinizi/kararınızı etkileyecek üç kişiyi önem derecesine göre belirtiniz.

1.
2.
3.

33. Doğum şekline kim/kimler karar vermelidir?

1. Ebe
2. Doktor
3. Eşim
4. Ben
5. Eşim ve ben
6. Eşim, ben ve doktor birlikte
7. Aile büyükleri
8. Diğer (Belirtiniz:

34. Bu gebeliğinizde size doğum şekli tercihiniz soruldu mu?

1. Hayır
2. Evet

35. Siz hangi doğum şekli/yöntemini tercih ediyorsunuz?

1. Normal doğum (dikişli, suni sancılı, vakumlu, müdahalesiz-kendiliğinden-doğal yolla, epiduralanestezili, suda doğum)
2. Sezaryen
3. Diğer (Belirtiniz:
4. Bilmiyorum

36. Neden bu doğum şekli/yöntemini tercih ediyorsunuz?

.....

37. Siz hangi doğum şekli/yöntemini tercih etmiyorsunuz?

1. Normal doğum (dikişli, suni sancılı, vakumlu, müdahalesiz-kendiliğinden-doğal yolla, epiduralanestezili, suda doğum)
2. Sezaryen
3. Diğer (Belirtiniz:
4. Bilmiyorum

38. Neden bu doğum şekli/yöntemini kesinlikle tercih etmiyorsunuz?

.....

39. Doğumunuzu nerede yapmak istiyorsunuz?

1. Devlet hastanesi/doğumevi
2. Özel hastane
3. Üniversite hastanesi
4. Evde
5. Diğer (Lütfen belirtiniz:)
6. Bilmiyorum

40. Neden burada yapmak istiyorsunuz?

.....

41. Doğumunuzu kimin yaptırmasını istiyorsunuz?

.....

42. Doğum şekli/yöntemi hakkında ayrıntılı bilgi almak ister misiniz?

1. Hayır
2. Evet

43. Hangi doğum şekli/yöntemi hakkında bilgi almak istersiniz?

1. Normal doğum
2. Sezaryen
3. Diğer (Belirtiniz:)

44. Doğum şekli/yöntemi hakkında bilgiyi kimden, nereden almak istersiniz?

1. Fark etmez
2. Sağlık personeli
3. Doğum yapan akraba/tanıdıklar
4. Kitle iletişim araçları (kitap, dergi, televizyon, internet vb.)
5. Diğer (Belirtiniz:)

45. Doğum şekli/yöntemi hakkında bilgiyi ne zaman almak istersiniz?

.....

Ek 3.Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı İzin Yazısı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050- 97
Konu : Çalışmanız hk.

11.04.2014
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
ASYO/Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.04.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 4 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYIHOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 4

Protokol No : 2014/363
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
ASYO/Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

ADÜ/ Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Doğum, Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'nın "Genç erkeklerin doğum şekli tercihleri ve nedenleri" başlıklı klinik araştırmasının 27.03.2014 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. Yürütücünün 07.04.2014 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Dilekçesinde, çalışmanın başlığının araştırma amacına ve yöntemine uygun olarak "Genç erkeklerin kadınların doğum şekline ilişkin görüşleri" olarak değiştirildiği, ilgili belgelerinin yeniden düzenlendiği görülmüş olup, uygun bulunmuştur.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesinin dosyaya konulması şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Otur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgular Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 4. Gaziantep Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ İzin Yazısı



T.C.
GAZİANTEP VALİLİğİ
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼

Sayı : 72151567 / 113/3751
Konu : Tez Çalışma İzni


24/03/2015

Sı : Emine Y¼KSEL YAKUT
Yavuzeli İlçe Jandarma Komutanlığı Lojmanları
Yavuzeli/GAZİANTEP

İlgi : Aydın Menderes Üniversitesi Rekt¼rl¼ę¼n¼n 26.12.2014 tarih ve 8367 ve sayılı yazısı

İlgi tarih ve sayılı yazıda belirtmiş olduğunuz “**Yavuzeli İlçesinde Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Gör¼ř ve Tercihleri**” konulu çalışmanızın **Yavuzeli Toplum Sağlığı Bölgesine bağlı aile sağlığı merkezlerinde** y¼r¼tmeniz tarafımızca uygun g¼r¼lm¼řt¼r

Bilgilerinize rica ederim.


Uzm.Dr. Mustafa TANRIVERDI
Halk Sağlığı M¼d¼r¼

Bilgi için irtibat: Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Aile Hekimliği Uygulama Şubesi Tel:(0342) 220 0505 (Dah: 1161)
Fax: (0342) 221 02 00 [Elektronik aę:www.ghs.saglik.gov.tr](http://Elektronik.ag.www.ghs.saglik.gov.tr)

Ek 5.Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Uygunluk Onayı Yazısı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050-324
Konu : Çalışmanız hk.

28/08/2015
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Muğla SYO/Hemşirelik Bölümü
MUĞLA

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.08.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 22 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Yrd.Doç.Dr Aykut SOYDER
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 22

Protokol No : 2015/543
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Muğla SYO/Hemşirelik Bölümü
MUĞLA

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 29.01.2015 tarihinde kurum izni şartıyla onay verilen; Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'nın "Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 27.08.2015 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Ayrıca kurum izni alınmış olup, izin belgesi dosyaya konulmuştur.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.