



**NULLİPAR GEBELERE SAĞLIK İNANÇ MODELİ
DOĞRULTUSUNDA VERİLEN MOBİL EĞİTİMİN
NORMAL DOĞUM EĞİLİMİNE ETKİSİ**

Emine İBİCİ AKÇA

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA**

Doktora Tezi – 2021

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**NULLİPAR GEBELERE SAĞLIK İNANÇ MODELİ DOĞRULTUSUNDA
VERİLEN MOBİL EĞİTİMİN NORMAL DOĞUM EĞİLİMİNE ETKİSİ**

Emine İBİCİ AKÇA

**Ebelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA**

MALATYA
2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğum	4
2.1.1. Normal Doğum	4
2.1.2. Müdahaleli Vajinal Doğum	5
2.1.3. Sezaryen Doğum.....	6
2.2. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Rol Oynayan Faktörler.....	14
2.3. Sağlık İnanç Modeli.....	15
2.3.1. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri	15
2.3.2. Normal Doğum Eğilimini Arttırmada Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı.....	20
2.3.3. Sağlık İnanç Modelinin Doğum Şekli Tercihinde Kullanıldığı Araştırma Örnekleri.....	24
2.4. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Ebenin Rolü	25
3. MATERYAL ve METOT	28
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.4.1. Gebe Tanıtım Formu.....	32
3.4.2. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ)	32
3.5. Ölçek Geliştirme ve Aşamaları.....	33
3.5.1. Geçerlik Analizleri.....	33
3.5.2. Güvenirlik Analizleri	46
3.6. Verilerin Toplanması	49
3.6.1. Girişim Materyali.....	50
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	52

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	54
3.9. Araştırmanın Etik Yönu.....	55
4. BULGULAR.....	56
5. TARTIşMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	81
EK-1. Özgeçmiş.....	81
EK-2. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	82
EK-3. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı.....	83
EK-4: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Deney Grubu).....	84
EK-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu).....	85
EK-6: Gebe Tanıtım Formu.....	86
EK-7: Normal Doğuma İnanç Ölçeği	87
EK-8: Görüşü Alınan Uzmanların Listesi	88
EK-9: Madde Havuzu	89
EK-10: Örnek Kısa Mesaj İçerikleri	91
EK-11: Eğitim Kitapçığı.....	92

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin her aşamasında akademik ve bireysel gelişimime sağladığı katkıların yanı sıra her ihtiyaç duyduğum anda beni motive eden, cesaretlendiren ve güç veren, sadece akademik olarak değil her anlamda örnek aldığım ışığıyla beni aydınlatan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya,

Tez izleme komitemde yer alarak doktora öğrenimim süresince değerli katkılarını ve desteğini esirgemeyen aynı zamanda akademik bilgi ve ileri görüşlülüğü ile yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Tuba UÇAR'a; bilgi, tecrübe ve önerileri ile tez çalışmama önemli katkılar sunan değerli hocam Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ'a,

Tez savunma sınavıma katılarak değerli görüş ve katkılarını sunan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER ve Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye,

Doktora öğrenimim süresince desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, ne zaman ihtiyacım olsa mesafeleri aşıp gelen, beni her zaman motive eden canım annem Neşe KARAYAZI'ya,

Manevi desteklerini her zaman hissettiren babam Nedim İBİCİ ve kardeşim Orkun İBİCİ'ye,

Bu zorlu yolculukta tüm sıkıntılarımı paylaşan ve beni destekleyen sevgili eşim Kadir AKÇA'ya,

Kimi zaman ona ayıracağım zamanı tez çalışmama ayırmak zorunda kaldığım, doktora eğitim sürecimde doğan, varlığına şükrettiğim ve bana çok şey öğreten oğlum Erdem AKÇA'ya,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılan tüm gebelere,

Tez çalışma sürecimde bana güvenen, inanan ve beni destekleyen tüm arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Emine İBİCİ AKÇA

“Bu tezi oğlum Erdem AKÇA'ya ithaf ediyorum”

ÖZET

Nullipar Gebelere Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Mobil Eğitimin Normal Doğum Eğilimine Etkisi

Amaç: Bu araştırma gebelerin normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimlerini değerlendiren bir ölçek geliştirmek ve nullipar gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitimin normal doğum eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırmanın verileri Kasım 2019 - Kasım 2020 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran gebelerden elde edildi. İki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın birinci aşaması metodolojik, ikinci aşaması ise ön test-son test kontrol gruplu deneme modeli olarak gerçekleştirildi. Birinci aşamada toplam 737 gebe ile “Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ)” geliştirildi. Araştırmanın ikinci aşamasında deney grubundaki gebelere 15 gün boyunca normal doğuma yönelik sağlık inanç modeli doğrultusunda mobil eğitim verildi. Araştırmanın verileri “Gebe Tanıtım Formu” ve “NDİÖ” kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, geçerlik ve güvenilirlik analizleri, ki kare testi ile bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: 24 madde ve 6 alt boyuttan oluşan NDİÖ’nün gravida ve doğum şekline bakılmaksızın tüm gebelerde kullanılabilen güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi. Araştırmanın ikinci aşamasında, NDİÖ son test toplam puan ortalamasının deney grubunda 89.90 ± 14.10 , kontrol grubunda 78.80 ± 12.65 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p < 0.001$). Ayrıca deney grubundaki gebelerin NDİÖ alt boyutlarının tamamında aldıkları son test puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla istatistiksel açıdan önemli düzeyde artış sağladığı görüldü ($p < 0.05$).

Sonuç: NDİÖ’nun Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu, sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitimin nullipar gebelerde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeyini önemli ölçüde arttırdığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, gebe, mobil eğitim, normal doğum eğilimi, ölçek, sağlık inanç modeli.

ABSTRACT

The Effect of Mobile Education Given to Based on Health Belief Model on Normal Delivery Tendency in Nulliparous Pregnant Women

Aim: This study was conducted to develop a scale that evaluates the beliefs and tendencies of pregnant women regarding normal delivery and to evaluate the effect of mobile education given to based on health belief model (HBM) on normal delivery tendency in nulliparous pregnant women.

Material and Method: The data of the study were obtained from pregnant women applied to Malatya Training Research Hospital Maternity and Children's Hospital between November 2019 - November 2020. The first stage of the study, which was carried out in two stages, was carried out as a methodological, and the second stage as a pretest-posttest control group experimental model. In the first stage The Belief Scale for Normal Delivery (BSND) was developed with 737 pregnant women. Mobile education was given to based on the HBM regarding normal delivery for pregnant women in the experimental group the second stage of the study for 15 days. The data of the study were collected using "Pregnancy Introduction Form" and "BSND". Descriptive statistics, validity and reliability analysis, chi-square test, t test in dependent and independent groups were used in the analysis of the data.

Results: BSND that consists of 24 items and 6 sub-dimensions, it is a reliable measurement tool that can be used in all pregnant women, regardless of the type of delivery with gravida. At the second stage of the study, it was determined that the BSND post-test total mean score was 89.90 ± 14.10 in the experimental group and 78.80 ± 12.65 in the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.001$). In addition, it was observed that the post-test mean scores of the pregnant women in the experimental group in all sub-dimensions of BSND increased significantly compared to the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that BSND was a valid and reliable measurement tool for Turkish population and the education given to based on the HBM increase the belief and tendency regarding normal delivery for nullipar pregnant women.

Key Words: Midwifery, pregnant, mobile education, normal delivery tendency, scale, health belief model.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği (Adjusted Goodness of Fit Index)
AMOS	: Moment Yapılarının Analizi (Analysis of Moment Structures)
BSND	: The Belief Scale for Normal Delivery
CFI	: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness-of-Fit Index)
HBM	: The Health Belief Model
KGI	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranları
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
NDiÖ	: Normal Doğuma İnanç Ölçeği
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
RMSEA	: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (Root Mean Square Error of Approximation)
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
SRMR	: Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması İndeksi (Standardized Root Mean Square Residual)
SSVD	: Sezaryen sonrası vajinal doğum
X²/Sd	: Ki-kare/ Serbestlik Derecesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:	Sayfa No
Şekil 2.1. 2017 yılı sezaryen doğumların canlı doğumlar içindeki payının uluslararası karşılaştırılması (%)	9
Şekil 2.2. Koruyucu sağlık davranışının yordayıcısı olarak “Sağlık İnanç Modeli”	19
Şekil 3.1. Randomizasyon grupları.....	30
Şekil 3.2. Araştırma Consort diyagramı	31
Şekil 3.3. Grup 1 için NDIÖ maddelerine ilişkin DFA sonucunda elde edilen faktör yapısı	43
Şekil 3.4. Grup 2 için NDIÖ maddelerine ilişkin DFA sonucunda elde edilen faktör yapısı	44
Şekil 3.5. Grup 3 için NDIÖ maddelerine ilişkin DFA sonucunda elde edilen faktör yapısı	45
Şekil 3.6. Araştırma akış şeması.....	51

TABLolar DİZİNİ

Tablo No:	Sayfa No
Tablo 2.1. Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi	14
Tablo 3.1. Ölçeğin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliği Sonuçları	34
Tablo 3.2. Gruplara Ait KMO ve Barlett Testi Sonuçları	36
Tablo 3.3. NDiÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Gebelerin Gruplara Ait Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 3.4. Gruplara Ait AFA Değerlerinin Dağılımı	39
Tablo 3.5. NDiÖ Maddelerinin Yeni Numaralandırması ve AFA Faktör Yükleri	40
Tablo 3.6. Gruplara Ait DFA Sonuçları	42
Tablo 3.7. NDiÖ ve Alt Boyutlarının Ölçek Maddeleri, Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Madde Silinirse Cronbach Alpha Değerleri	47
Tablo 3.8. Gruplara Ait NDiÖ Test-Tekrar Test Değerlerinin Dağılımı	48
Tablo 3.9. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Tanıtıcı Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması	52
Tablo 3.10. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Obstetrik Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması	53
Tablo 3.11. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler (1. Aşama)	54
Tablo 3.12. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler (2. Aşama)	55
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı .	56
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	57
Tablo 4.3. NDiÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Alınabilecek En Düşük – En Yüksek Puanlar ile Araştırmaya Katılan Gebelerin Aldıkları En Düşük – En Yüksek Puan ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin NDiÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	60
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Ön Test- Son Test Normal Doğuma İlişkin İnanç ve Eğilim Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması	62

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum eylemi kadın ve ailesi için önemli sosyal ve duygusal etkilere sahip olan kendi içinde doğal fizyolojik süreçlerdir (1). Gebeler bebeğini dünyaya getirecek olmanın vermiş olduğu heyecan ve coşkunun yanı sıra doğum eylemine yönelik korku ve stres gibi duyguları da beraberinde yaşayabilmektedir. Gebelerin yaşadıkları duygu karmaşası doğum tercihlerini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (2). Gebeler için doğum şeklinin belirlenmesi önemli bir sağlık kararıdır (3).

Doğum, dünyadaki insanlar ve nesiller için en önemli konulardan biridir. Doğumun doğal olarak kendiliğinden gerçekleştiği süreç normal doğum olarak tanımlanır. Sezaryende ise karın duvarı ve uterus kesilerek doğum gerçekleştirilir (4–6). Sezaryen genel olarak, normal doğumda anne veya bebek için artan morbidite ve mortalite riski olduğu veya normal doğum eyleminin güvenle tamamlanamayacağı durumlarda uygulanan hayat kurtarıcı bir yöntemdir (7). Sezaryen sadece tıbbi gereklilik durumlarında anne ve bebek mortalitelerinin azaltılmasında etkilidir (8).

Sezaryen doğum oranları gün geçtikçe artmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranlarının %10 ila 15'in üzerinde olmaması gerektiğini bildirmiştir (8). DSÖ'nün 2015 yılında yayınladığı raporda dünya geneli sezaryen oranı %17'dir (10). Ülkemizdeki sezaryen oranları ise optimal sezaryen oranlarının yaklaşık 4 katıdır. Ülkemizde 2018 yılı sezaryen oranı %54.9 ve primer sezaryen oranı %26.3 olarak bildirilmiştir (11). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) ülkeleri arasında Türkiye 2018 yılı sezaryen oranlarında birinci sırada yer almaktadır (12). Sezaryen doğum oranlarını azaltmanın etkili yollarından birisi de gebelerin normal doğuma teşvik edilmesidir (13). Bu nedenle sezaryen oranlarının artış nedenlerinin araştırılması ve uygun müdahalelerin hazırlanabilmesi için kadınların doğum şekli tercihlerinde rol oynayan faktörleri bilmek son derece önemlidir (7). Tıbbi endikasyonların haricinde sezaryen oranlarının dünyada ve ülkemizde bu kadar yüksek olmasının olası sebepleri arasında “ileri anne yaşı, paritenin azalması, obezitenin artması, teknolojik gelişmeler, hastane ve personel ile ilişkili faktörler, tıbbi dava korkusu ve anne isteği (elektif)” gibi faktörler yer almaktadır (3, 7, 13–16). Günümüzde sezaryen doğumların büyük kısmı tıbbi bir endikasyon olmadan elektif olarak gerçekleşmektedir (17). Normal doğum oranlarını arttırmak için

nulliparların elektif sezaryen doğum oranlarını azaltmak akılcı bir yaklaşımdır (1). Bunun en önemli nedenlerinden birisi nulliparların kendi doğum deneyimleri olmadığından başkalarının doğum deneyimlerinden etkilenmesidir (18). Doğum özellikle nullipar kadınlar tarafından korkunç bir deneyim olarak tanımlandığından, bu grubun normal doğum için motive edilmeye ve sezaryenin tehlikelerine yönelik farkındalıklarının artırılmasına ihtiyaç vardır (9, 19). Bu nedenle normal doğum oranlarının artırılmasında nulliparlarda elektif sezaryen oranlarının düşürülmesi öncelikli görülmektedir.

Doğumla ilişkili sağlık eğitimlerinin kadınların normal doğum tercihleri üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (1, 20, 21). Davranış değişikliğine yönelik hazırlanan sağlık eğitimlerine yol göstermede sağlık teorileri ile ilgili davranış kalıpları kullanılabilir (22). Sağlık eğitimi için model seçmek, eğitim planlama sürecinde önemli bir adımdır. Bu modellerden birisi de sağlık inanç modelidir (23). Sağlık inanç modeli gibi davranış teorileri ve modelleri, sağlıkla ilgili bireysel davranışların nedeninin anlaşılması, olumlu davranış değişikliklerinin teşvik edilmesi ve sağlık eğitimlerine yol göstermede en yaygın kullanılan kavramsal çerçevelerden biridir (22, 24). Sağlık inanç modelinde, bireyin sağlığını tehdit eden riskli davranışlara yönelik inanç ve davranışları arasındaki ilişkiye odaklanılmakta, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya yönlendiren motivasyon kaynakları araştırılmaktadır (25). Diğer bir deyişle bu model bireylerin davranışlarını etkileyen inançlarıyla ilişkili faktörleri tanımlayarak sağlık davranışlarını dikkate alan psikososyal bir modeldir (3).

Literatürde kadınların doğum şekli tercihlerine ilişkin psikolojik faktörler ve teoriye odaklanan çalışmalar mevcuttur (3, 9, 21, 24, 26). Ancak sağlık inanç modeli doğrultusunda hazırlanan eğitimin kadınların doğum şekli tercihlerine etkisini değerlendiren teori odaklı çalışmalar sınırlıdır (1, 23, 27–29). Ülkemizde sağlık inanç modeli kullanılarak hazırlanan eğitimin doğum tercihinin etkisini değerlendiren sadece bir çalışmaya rastlanmıştır, bu çalışmada gebelerin normal doğum eğilimi değerlendirilmemiş doğrudan doğum şekilleri ele alınmıştır (27). Doğum şeklinin belirleyicileri göz önüne alındığında, normal doğuma yönelik engelleri ortadan kaldırmak için stratejilere ihtiyaç olduğu görülmektedir (9). Normal doğum anne ve bebek sağlığının korunması ve yükseltilmesinde son derece önemlidir (5, 30). Olumlu doğum deneyimi sonraki gebeliklerde kadınların doğum şekli tercihini doğrudan etkileyen faktörlerden birisidir (26). Literatürde ebe yönetimindeki doğumlarda

kadınların bakım hizmetinden daha memnun kaldıkları ve spontan vajinal doğumların daha fazla olduğu bildirilmiştir (31). Bu nedenle kadınların normal doğuma eğilimlerinin arttırılmasında kadınla birebir temasta olan ebelere duyulan ihtiyaç artmakla birlikte ebelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlık inanç modeli doğrultusunda hazırlanan eğitim ile kadınların doğum şekli konusundaki inanç ve eğilimleri hakkında bilgi sahibi olunarak, gebelik sırasında kişinin ihtiyaç duyduğu bilgilerin sağlanması, kendileri için bilinçli seçim yapmalarının ve karar alma sürecinde aktif rol almalarının desteklenmesi hedeflenmektedir (26).

Araştırmanın Amacı

Araştırma sağlık inanç modeli yaklaşımı ile gebelerin normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimlerini değerlendiren bir ölçek geliştirmek ve nullipar gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitimin normal doğum eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

H0: Nullipar gebelere normal doğuma yönelik sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitim gebelerin normal doğum eğilimini etkilemez.

H1: Nullipar gebelere normal doğuma yönelik sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitim gebelerin normal doğum eğilimini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum

Küresel olarak, her yıl yaklaşık 140 milyon doğum gerçekleşmektedir (32). Doğum, annenin sağlığını riske atmadan bebeğin sağlıklı bir şekilde doğmasını amaçlayan (9) dünyadaki insanlar ve nesiller için en önemli yaşam olaylarından biridir (4, 26, 33). Doğum eylemi vajinal ve abdominal yol olmak üzere farklı şekillerde gerçekleşebilir.

2.1.1. Normal Doğum

Tanımı

Düzenli uterus kasılmaları sonucu servikal açılma ve dilatasyon ile fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı fizyolojik bir süreçtir (5, 6, 34). Normal doğumda sürece müdahale etmek için geçerli bir sebep olması gerekir (35).

Endikasyonları

Normal doğum eylemi için doğumun 37-42. gebelik haftaları arasında, verteks pozisyonda, kendiliğinden başlayan, tek ve canlı bir fetüsün varlığında, baş pelvis uygunsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (5, 6).

Görülme Sıklığı

Literatürde kadınların %70-%80'inin doğumda düşük risk grubunda olduğu ve normal doğum için uygun olduğu bildirilmektedir (36). Ülkemizde 2010 yılı toplam doğum sayısı 700.061, normal doğum sayısı 389.520 iken (%55.6) 2017 yılı toplam doğum sayısı 720.141, normal doğum sayısı 431.134 (%59.1) olarak bildirilmiştir (37). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda kadınların normal doğum yapma oranları %60.6 ile %78.8 arasında değişmektedir (38-40).

Kontrendikasyonları

Normal doğumun maternal kontrendikasyonları arasında sıklıkla pelvik uyumsuzluk, eklampsi ve HELLP sendromu, şiddetli kardiyovasküler hastalık, aktif genital herpes ve HIV enfeksiyonuna bağlı mevcut tıbbi kontrendikasyonlar yer almaktadır (3, 26, 41). Normal doğumun fetal kontrendikasyonları arasında ise fetal

malpozisyonlar, fetal malprezentasyon, kord prolapsusu ve makrozomiye bağlı mevcut tıbbi kontrendikasyonlar yer almaktadır (26).

Komplikasyonları

Normal doğum ile ilişkili maternal komplikasyonlar arasında perineal travma, uzun doğum eylemi ve pelvik organ prolapsusu bildirilmektedir. Yenidoğan için normal doğumda doğum kanalı yoluyla Hepatit C, HIV ve HPV gibi enfeksiyonlara bulaş riski artmaktadır (3, 26).

2.1.2. Müdahaleli Vajinal Doğum

Tanımı

Müdahaleli vajinal doğum forsepsle fetal başın doğrudan çekilmesi veya fetal kafa derisine vakum ile traksiyon uygulanması ile gerçekleştirilir (5, 42). Müdahaleli vajinal doğum, annenin veya bebeğin hayatının risk altında olduğu tıbbi gereklilik durumlarında doğum eylemini güvenli bir şekilde yönetmek ve sonlandırmak ya da eylemi hızlandırmak için kullanılan bir yöntemdir (5, 42, 43). Doğum eylemine her ne şekilde olursa olsun müdahale yapılması doğumu doğallığından uzaklaştırmaktadır. Ancak tıbbi gereklilik durumlarında doğuma müdahale edilmesi hayat kurtarıcı olabilmektedir (43).

Endikasyonları

Müdahaleli vajinal doğum endikasyonları aşağıdaki gibidir:

- ✓ Doğumun ikinci evresinin uzaması,
- ✓ Fetal distres varlığı veya gelişme riski,
- ✓ Prezante olan kısmın rotasyonunun olmaması ve pelvise tam inmemesi,
- ✓ Epidural anesteziden dolayı itmede yetersizlik,
- ✓ Maternal yarar amaçlı eylemin hızlandırılması (maternal kalp hastalığı,

akut pulmoner dem, intrapartum enfeksiyon, yorgunluk) (5, 6, 42).

Görülme Sıklığı

Literatürde son yıllarda müdahaleli doğum oranlarının azaldığı bildirilmektedir (44). İngiltere’de müdahaleli vajinal doğum oranları %10-13 arasında değişmektedir (45). ABD’de uygulanan müdahaleli vajinal doğum oranı 1992-2013 yılları arasında %9.01 den %3.30’a düşmüştür (42). Ülkemizde de yıllar içinde bu oran düşüş göstermiştir; 2010 yılı toplam doğum sayısı 700.061, müdahaleli doğum sayısı 27.909

(%3.98) iken 2017 yılı toplam doğum sayısı 720.141, müdahaleli doğum sayısı 21.897 (%3.04) olarak bildirilmiştir (37).

Kontrendikasyonları

Müdahalelerin uygulanabilmesi için bazı koşulların sağlanmış olması gerekmektedir. Bu koşullar; “serviks tamamen açılmış ve incelmış olmalı, membranlar rüptüre olmuş olmalı, fetal baş yerleşmiş olmalı, fetal baş pozisyonunu almış olmalı, tahmini fetal ağırlık biliniyor olmalı, pelvis vajinal doğum için uygun olmalı, anesteziye uygunluk olmalı, mesane boşaltılmış olmalı, kadın işlemi kabul etmiş ve gönüllü olmalı” şeklindedir (42). Bu koşullar sağlanmadıkça müdahaleli vajinal doğum kontrendikedir.

Komplikasyonları

Müdahaleli vajinal doğuma bağlı perineal laserasyonlar, hematom, enfeksiyon ve kanama; yenidoğanda ise ekimoz, yüz ve kafatası yaralanmaları, fasiyal sinir hasarları, sefal hematom veya kaput suksadenum görülebilir (6).

2.1.3. Sezaryen Doğum

Tanımı

Sezaryen doğum, 20 haftadan büyük ve yaşayabilecek duruma gelmiş fetüsün karın duvarı ve uterus kesilerek (abdominal insizyon yoluyla) alınması işlemlerini içeren cerrahi bir prosedürdür (3–6). Sezaryen genel olarak, normal doğumda anne veya bebek için artan morbidite ve mortalite riskinin olduğu veya normal doğum eyleminin güvenle tamamlanamayacağı öngörüldüğü durumlarda uygulanan hayat kurtarıcı bir yöntemdir (3, 5, 7).

Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları arasında “malprezantasyon ve malpozisyon bozuklukları, gestasyonel diyabetes mellitus, ilerlemeyen travay, uterin disfonksiyonu, neoplaziler, plasental yetmezlik veya anomaliler, umbilikal kord prolapsusu, çoğul gebelikler ve postmortem sezaryen” gibi nedenler yer almaktadır (5, 46).

Literatürde “geçirilmiş sezaryen, fetal distres ve pelvik sorunlar” sezaryen doğumun en sık endikasyonları arasında yer almaktadır (23, 47–49).

Geçirilmiş Sezaryen

Geçirilmiş sezaryen, sezaryen doğumun en sık endikasyonu olarak kabul görmektedir (50). Geçmişte “bir kez sezaryen her zaman sezaryen” anlamına

gelmekteydi. Ancak 1987 yılında bu cümle “bir kez sezaryen her zaman tartışma” şeklinde değiştirilmiştir (51). Bu değişimden geçmişte bir kez sezaryen ile doğum yapmanın sonraki doğumlarda koşulsuz şartsız sezaryen olmak anlamına geldiğini ancak zamanla bu algının yerini başka bir seçeneğin de olabileceği ihtimaline bıraktığı anlaşılmaktadır. Daha önce sezaryen ameliyatı olan kadınlar, obstetride yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Geçirilmiş sezaryen doğuma bağlı skarlı uterusun rüptürle sonuçlanacağı endişesi dünya çapında çok sayıda kadın doğum uzmanının ve gebenin sezaryen sonrası vajinal doğumu (SSVD) benimsemesini engelleyerek ciddi maternal ve perinatal morbiditeye yol açmaktadır (52).

Fetal Distres

Son yıllarda acil sezaryen doğumun en yaygın endikasyonlarından biri mekonyum ile boyanmış amniyon sıvısı veya anormal kardiyotokografi ile teşhis edilen fetal distres olarak bildirilmektedir (53, 54). Elektronik fetal monitörizasyon ile saptanan fetal kalp hızı anormalliklerine bağlı fetal distres yüksek sezaryen doğum oranları ile ilişkilendirilmiştir (54, 55). Fetal distres ile ilgili bu yüksek sezaryen oranları, elektronik fetal monitörizasyonun yaygın kullanımına bağlanmaktadır (54). Ancak doğum sırasında olumsuz yenidoğan sonuçlarından kaçınmak için hemen müdahale etmek oldukça önemlidir (53).

Khanum ve Chowdhury sezaryen doğumun endikasyonu olarak fetal distressi değerlendirdikleri çalışmalarında fetal distressin büyük olasılıkla tahmin edilebilir nedenleri ve yenidoğan sonuçlarının bu vakalarda sezaryen yapılmasını haklı çıkaracağını bildirmiştir (53).

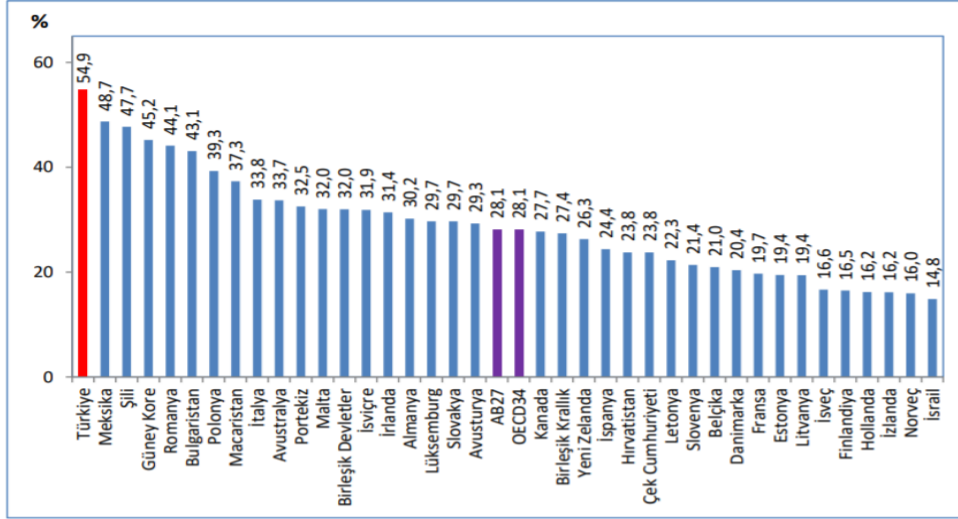
Pelvik Sorunlar

Baş pelvis uygunsuzluğuna bağlı sezaryen doğum için risk faktörleri arasında 35 cm'den büyük fundal yükseklik, nulliparite, anne boyunun 155 cm'den kısa olması ve gebelikte 15 kg'dan fazla kilo alımı yer almaktadır (56–58). Obezite, polihidroamniyos, yetersiz beslenme, erken veya geç anne yaşı da baş pelvis uygunsuzluğu için diğer risk faktörleri arasında yer alır. Baş pelvis uygunsuzluğu, özellikle gelişmemiş uzak bölgelerde ciddi maternal morbidite (uterus rüptürü, şiddetli perineal ve vajinal yırtıklar dahil) ve fetal morbiditeye hatta mortaliteye yol açabilmektedir (59). Doğumdan önce bu risk faktörlerinin erken tespiti sağlık profesyonellerinin olası zor doğumları belirlemesine ve güvenli doğum eylemi için hazırlanmasına yardımcı olur (56).

Görülme sıklığı

Her gün yaklaşık 810 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenemez nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. 2000-2017 yılları arasında anne ölüm oranı (100.000 canlı doğumda anne ölüm sayısı) dünya çapında yaklaşık %38 oranında azalmıştır (60). Anne ölümleri son yıllarda küresel olarak azalırken, kadınlar halen gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar nedeniyle ölmeye devam etmektedir (24). DSÖ, 24 ülkede 2004-2008 yılları arasındaki maternal ve fetal komplikasyonlar üzerine yapılan bir araştırmaya dayanarak, tıbbi endikasyon olmaksızın gerçekleştirilen sezaryen doğumunun hem maternal hem de fetal mortalite ve morbidite risk artışı ile ilişkili olduğunu bu nedenle sezaryen doğumun sadece tıbbi endikasyon varlığında gerçekleştirilmesi gerektiğini bildirmiştir (61). DSÖ, sezaryen doğum için ideal oranın % 10-15 arasında olması gerektiğini önermiştir (8). Ancak sezaryen doğum oranları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır (8, 26, 49, 62). Bunun yanı sıra sezaryen doğum oranları tüm dünyada ciddi bir artış göstermektedir (3, 49, 63).

Tıbbi endikasyon varlığında uygulanan sezaryen, anne ve yenidoğan mortalitesini etkili bir şekilde önleyebilmektedir. Literatürde sezaryen doğum oranları bir popülasyonda %10'a yükseldiğinde, anne ve yenidoğan mortalitesinin sayısının azaldığı, oran %10'un üzerine çıktığında ise mortalite oranlarının iyileştiğine dair bir herhangi bir kanıt bulunmadığı bildirilmektedir (8). Sezaryen doğum dünyada en yaygın yapılan majör karın ameliyatlarından biridir (3, 9, 17). Sezaryen doğum normal doğuma kıyasla hastanede kalış süresi ve sağlık maliyetlerindeki artış ile de ilişkilendirilmektedir (6, 64). Maternal ve neonatal komplikasyon riski yüksek olan ve sağlık harcamalarını arttıran sezaryen oranları günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde global bir sorun haline gelmiştir (1, 15, 49, 65). Ülkemizdeki sezaryen doğum oranları optimal sezaryen oranlarının yaklaşık 4 katıdır (66). Ülkemizde 2017 yılı sezaryen oranı %53.1, primer sezaryen oranı %25.7 olarak; 2018 yılı sezaryen oranı %54.9, primer sezaryen oranı ise %26.3 olarak bildirilmiştir (11, 66) (Şekil 2.1). DSÖ'nün 2015 yılında yayınladığı raporda dünya geneli sezaryen oranı %17, Afrika bölgesi %4, Güney Doğu Asya %10, Doğu Akdeniz %22, Avrupa Bölgesi ve Batı Pasifik %25 ve Amerika Bölgesi %38 olarak bildirilmiştir (10). OECD ülkeleri arasında Türkiye 2018 yılı sezaryen oranlarında birinci sırada yer almaktadır (12) (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. 2017 yılı sezaryen doğumların canlı doğumlar içindeki payının uluslararası karşılaştırılması (%)

Sezaryen doğumlarının önlenilme derecesini anlamak için sezaryenlerin neden yapıldığını bilmek önemlidir (16). Dolayısı ile sezaryen doğum oranlarındaki bu artışlar sezaryen doğum nedenlerinin araştırılmasına duyulan ihtiyacı arttırmıştır.

Kontrendikasyonları

Sezaryen doğum için spesifik bir kontrendikasyon tanımlamak oldukça zordur. Ancak olası maternal ya da fetal mortalite riski diğer alternatif doğum şekillerinden daha yüksek olduğu durumlarda sezaryen doğum kontrendikedir. Ayrıca sezaryen doğum için geçerli bir endikasyon olmaması da sezaryen doğumun kontrendikasyonları arasında yer alır (67).

Komplikasyonları

Sezaryen, hem anne hem de bebekte çok sayıda komplikasyona yol açabilen cerrahi bir işlemdir (23, 41). Sezaryenin intraoperatif komplikasyonları arasında; enfeksiyonlar, organ yaralanmaları, anesteziye bağlı riskler, kan transfüzyonu ihtiyacı ve plasental anomalilere bağlı ciddi kan kaybı sonucu tedavi edici histerektomi uygulanması yer almaktadır (23, 41, 68). Sezaryenin postoperatif komplikasyonları arasında tromboembolik komplikasyonlar (emboli, tromboz), adhezyonlar, ağrı ve artmış maliyet yer almaktadır (23, 41). Sezaryenin sonraki gebelikler için riskleri; preterm eylem, spontan abortus, ektopik gebelik, uterus rüptürü, infertilite, plasenta previya, inkreata, acreata ve plasental anomalilere bağlı kan transfüzyonu veya histerektomi şeklindedir (23, 41, 68).

Tıbbi bir endikasyon olmaksızın gerçekleştirilen sezaryen doğuma bağlı fetal riskler; mortalite artışı, iyatrojenik prematürite, yenidoğan solunum depresyonu, fetal laserasyonlar, intrakraniyal kanama anesteziye bağlı maternal hipotansiyonun bir sonucu olarak geçici fetal solunum asidozu ve emzirmeye geç başlama şeklinde bildirilmektedir (41, 64, 68).

Sezaryen Doğum Oranlarındaki Artışın Nedenleri

Sezaryen artış oranlarının kesin nedenini belirlemek zordur. Bu nedenler tıbbi, kurumsal, yasal, psikolojik ve sosyo-demografik faktörlere bağlı olabilir (3, 17). Sezaryen oranlarının dünyada ve ülkemizde bu kadar yüksek olmasının en sık sebepleri arasında “ileri anne yaşı, obezitenin artması, teknolojik gelişmeler, hastane ve personel ile ilişkili faktörler, tıbbi dava korkusu ve anne isteği” gibi faktörler yer almaktadır (3, 7, 13–16).

İleri Anne Yaşı

Doğum eyleminde ileri anne yaşı terimi genellikle 35 yaş üzeri kadınlar için kullanılmaktadır (69). Dünya genelinde sosyal, eğitimsel ve demografik değişimler kadınların gebeliklerini doğurganlık yaşamlarının sonlarına kadar ertelemelerine yol açmaktadır (63). Bu değişimler; kadınların eğitim ve kariyer hedefleri, ekonomik bağımsızlık arzusu, modern kontraseptiflere kolay erişim, boşanma oranlarının artması, primer ve sekonder infertilitenin artması ile birlikte yardımcı üreme tekniklerinin kullanımındaki artış, bazı toplumlarda erkek çocuk doğurma arzusu şeklinde sıralanabilmektedir (63, 69, 70). Literatürde ileri anne yaşı ile sezaryen doğum arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (63, 70). İleri yaş gebeliklerde fertilitenin azalması ile birlikte artmış risk durumu söz konusudur (69). Morbidite yaşla birlikte artma eğiliminde olduğundan, ileri yaş gebelikler hipertansiyon, diyabetes mellitus ve yüksek beden kitle indeksi gibi prenatal risk faktörleri açısından daha fazla risk altındadır (63, 69). Ancak, ileri yaş annelerde sadece sağlık koşulları ve obstetrik komplikasyonların artmış sezaryen oranlarını açıklamada yeterli olmadığı bunun yanı sıra sağlık profesyonellerinin ve annenin doğum şekline yönelik kararlarının da sezaryen oranlarının yükselmesinde etkili olabileceği bildirilmektedir (70).

Obezitenin Artması

Obezite gebelerde preeklampsi, gestasyonel diyabet, üriner sistem enfeksiyonları, yara enfeksiyonu, pyelonefrit, tromboembolizm, fetal makrozomi, fetal

izlem güçlüğü, fetal anomaliler, doğum travması, düşük APGAR skorları, kanama, solunum yetmezliği, artmış doğum indüksiyonu ve artmış sezaryen oranı gibi obstetrik komplikasyonlar için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (71–74). Bu gebelerde doğum eyleminin uzaması da muhtemeldir (72, 75).

Teknolojik Gelişmeler

Teknolojik gelişmeler arasında; cerrahi tekniklerdeki iyileşmeler, anestezi, kan ve ürünlerine erişilebilirliğin artması, antibiyotik kullanımı ile sezaryen güvenliğinin artması ve yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmeler sayılabilir (16).

Doğum, fizyolojik bir olaydır (1). Gün geçtikçe artan sezaryen oranları sezaryen doğumun daha güvenli bir doğum şekli olduğu algısıyla ilişkilendirilebilmektedir (26). Geçmişte normal doğum, doğal olan doğum şekli olarak (1, 26), sezaryen doğum ise sadece tıbbi endikasyon varlığında uygulanan riskli bir uygulama olarak algılanmaktaydı (26). Günümüzde ise kadınlar, doğuma bakış açıları, sahip oldukları imkan ve doğuma ilişkin verdikleri kararlara göre annelerinden ve büyükannelerinden çok farklıdır. Bunun nedenlerinden biri, tamamen teknolojinin hakim olduğu bir çağda doğmuş olan Z kuşağı için hızlı ve teknolojik olarak yönetilen bir doğum eyleminin olumsuz bir kavram olarak algılanmaması olabilir (35). Günümüzde doğum, tıptaki teknolojik gelişmelerden oldukça etkilenmiş ve tıbbi müdahale çoğu ülkede standart haline gelmiştir. Anne ve bebek ölümlerindeki düşüşler şüphesiz modern tıptaki bu gelişmelere çok şey borçludur. Ancak, doğumun medikal yönetimi kadınların gebeliği riskli ve sorunlu bir dönem olarak görmelerine ve doğumda kendilerine olan güvenlerinde azalmaya yol açabilmektedir (1).

Hastane ve Personel ile İlişkili Faktörler

Sezaryen doğum oranları bir ülkedeki bölgeler ve hastaneler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilir (16). Sezaryen doğumun sağlık kurumuna ve doktorlara ekonomik katkılarının bulunması artan sezaryen oranlarının nedenlerinden biridir (13). Hoxha ve ark. yaptıkları meta-analizde özel hastanelerde sezaryen olasılığının kar amacı gütmeyen hastanelere göre ortalama 1.4 kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir (76).

Zbiri ve ark. çalışmalarında, doğum ünitesinin personel düzeyleri ile sezaryen doğum oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Buna göre, sırasıyla doğum uzmanı ve ebe personel düzeylerindeki %10'luk artışın, intrapartum sezaryen doğum olasılığını yüzde 2.5 puan, elektif sezaryen doğum olasılığını ise yüzde 3.4 puan azaltabileceğini açıklamıştır (77).

Tıbbi Dava Korkusu

Zor manipülatif veya enstrümantal vajinal doğumlardan kaçınma, sürekli elektronik fetal monitörizasyon ile saptanan fetal distres, makat geliş, geçirilmiş sezaryen, intrauterin gelişme geriliği, çoğul gebelik, prematürite gibi yüksek riskli vakalarda sezaryenin liberal kullanımı yaygınlaşmıştır (5, 16, 78). Günümüzde malpraktis davalarındaki artışlar nedeniyle risk öngörülen doğumlarda koruyucu uygulama olarak sezaryen doğum tercih edilmektedir (79). Bu durum sezaryen oranlarında artışla ilişkilendirilmektedir (79, 80).

Yang ve ark. malpraktis dava baskısı ile sezaryen ve SSVD oranları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında malpraktis riski ile sezaryen oranları arasında pozitif, SSVD oranları arasında negatif ilişki saptamıştır (80).

Anne İsteği

Sadece annenin isteği üzerine, herhangi bir tıbbi endikasyon olmadan yapılan elektif sezaryen, ayrı bir endikasyon olarak kabul edilir (41). Bu eğilimin ana nedeni açık değildir, ancak “sabırsızlık, doğum korkusu, önceki doğum deneyimi, doğum zamanını kontrol etme ve planlama ihtiyacı, normal doğumun bebeğine zarar vereceği düşüncesi, gelecekte pelvik problemler yaşama endişesi, normal doğum sonrası genital değişiklikler ile ilgili endişeler, sezaryen doğumun daha kolay ve daha az ağrılı olduğu düşüncesi, sezaryen doğumun riskleri ile ilgili farkındalık eksikliği ve sağlık profesyonellerinin görüşü” kadınların sezaryen ile doğum yapma istekliliğinde rol oynayan faktörler arasında yer almaktadır (17, 35).

Sezaryen Doğumun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar

Dünya Sağlık Örgütü tıbbi gereklilik durumunda uygulanan sezaryenin maternal ve fetal mortaliteyi önemli ölçüde önlediğini bildirmiştir (8). Ancak, sezaryen doğum cerrahi bir operasyondur. Buna bağlı hem maternal hem de fetal morbidite ve mortalite hızları, hastanede yatış süresi, uygulanan ilaçlar ve bunların komplikasyonları dahil olmak üzere tekrarlayan sezaryen doğumun mali yükü, normal doğum ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha fazladır (3, 13). Bu nedenle sezaryen doğum, normal doğuma eşit değerinde bir alternatif doğum şekli olarak düşünülmemelidir (41). Sezaryen doğum oranları son yıllarda tüm dünyada ciddi bir artış göstermiştir (3). Bu da sezaryen ile doğumu önlenmesi gereken bir toplum sağlığı sorunu haline getirmiştir (13).

Literatürde sezaryen doğum oranlarının azaltılmasında “ikinci bir görüş almak, standart yönetim protokollerinin kullanımı, uygun eğitim müdahalelerinin kullanımı, kanıta dayalı tıp uygulaması, obstetrisyenlerin dikkatli kayıt tutma ve bilgilendirilmiş onam almaları için eğitilmesi ve SSVD için teşvik” gibi uygulamaların etkili olduğu bildirilmektedir (81).

Yükselen sezaryen oranlarına katkıda bulunan ana faktörlerden biri anne isteğine bağlı yapılan sezaryenlerdir (3). Nulliplarlara ve elektif sezaryen ile doğum yapmış kadınlara verilecek sağlık eğitimi kadınların doğum şekline yönelik bilinçli seçim yapmalarını sağlayacaktır (1). Bu eğitimlerin gebelerin doğum korkularını yönetmeye, normal doğuma ilişkin bilgi düzeylerini ve doğumda öz-yeterlilik düzeylerini arttırmaya yönelik olması sezaryen oranlarının azaltılmasına katkıda bulunacak psikososyal uygulamalar arasındadır (15, 35).

SSVD, sezaryen oranlarındaki sürekli artış için bir çözüm niteliğindedir. SSVD'nin anne için tekrar eden bir sezaryen ameliyatından daha güvenli olduğu bildirilmektedir (50). Geçirilmiş sezaryen doğum sonrası gerçekleşecek en iyi doğum şeklinin ne olduğu ile ilgili karar obstetrisyenler tarafından derinlemesine düşünülerek ve kadının görüşü dikkate alınarak verilmelidir (51).

Literatürde sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik kanıta dayalı uygulamalar arasında doğumların daha çok ebe yönetiminde gerçekleşmesi, doğumda hareket ve pozisyon özgürlüğü, aktif fazda doğumhaneye kabul, distosinin erken tanınması, sürekli doğum desteği ve partograf kullanımı gibi klinik uygulamalar ve hastane politikalarını içeren yapısal uygulamalar yer almaktadır (15).

Sezaryen doğum oranlarının, nedenlerinin ve sonuçlarının takip edilmesi sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik politikaların geliştirilmesinde etkilidir (7). Sezaryen doğum için ideal oranın % 10-15'in üzerinde olmaması gerektiği bildirilmiştir (8). İdeal sezaryen oranlarının belirlenmesi ve ülkelerin sezaryen oranlarının daha objektif değerlendirilmesi için, sezaryen oranlarının standartlaştırılmış bir araç ile ülke ve hastane düzeyinde izlenmesi son derece önemlidir (7). DSÖ, sağlık kuruluşlarında sezaryen doğumun değerlendirilmesi, izlenmesi ve diğer kurumlardaki sezaryen hızları ile zaman içerisinde karşılaştırma yapılabilmesi amacı ile hazırlanmış olan Robson On Gruplu Sınıflandırmasının uluslararası uygulanabilir bir sezaryen sınıflandırma sistemi olarak benimsenmesini önermektedir (8, 82) (Tablo 2.1). Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi, gebelerin obstetrik özellikleri dikkate alınarak sınıflanmasını

sağlar (13). Kadınların obstetrik özelliklerine göre kendi grupları içerisinde veya farklı gruplardaki sezaryen oranlarının karşılaştırılmasında kullanılır. Bu sistem ile hem ulusal hem de uluslararası düzeyde sezaryen oranları karşılaştırılabilir. Sınıflandırma basit, sağlam, tekrarlanabilir, klinik olarak anlamlı ve ileriye dönük bir sınıflamadır (82).

Tablo 2.1. Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi

1. Nullipar, tekil baş geliş, ≥ 37 hft, travayı spontan başlamış
2. Nullipar, tekil baş geliş, ≥ 37 hft, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış
3. Multipar (eski sezaryenli değil), tekil baş geliş, ≥ 37 hft, travayı spontan başlamış
4. Multipar (eski sezaryenli değil), tekil baş geliş, ≥ 37 hft, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış
5. Eski sezaryenli, tekil baş geliş, ≥ 37 hft
6. Tüm nullipar makatlar
7. Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)
8. Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)
9. Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)
10. Tüm tekil baş geliş, < 37 hft, (eski sezaryenliler dahil)

Yükselen sezaryen oranlarının artış nedenlerinin araştırılması ve etkin müdahalelerin hazırlanabilmesi için kadınların doğum şekli tercihlerinde rol oynayan faktörleri bilmek son derece önemlidir (7).

2.2. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Rol Oynayan Faktörler

Gebeler için doğum şekli seçimi önemli bir sağlık kararıdır (3). Bir kadının doğum şekli tercihini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar; demografik faktörler, bireyin doğum beklentisi, önceki doğum deneyimi, doğum şeklinden kaynaklanan potansiyel komplikasyonlar ile anne ve bebeğin sağlığı ve güvenliği ile ilgili kaygılardır. Ayrıca sağlık uzmanlarından gelen tavsiyeler, doğum şekli hakkındaki maternal kararda son derece önemlidir (26). Bunun yanı sıra doğum olayı farklı bakış açılarını içeren benzersiz bir süreçtir ve kültürlerarası değişiklik gösterir. Bu nedenle doğum, gebenin koşulları ve beklentilerinin yanı sıra toplumsal ve kültürel değerlerden de etkilenir (33).

Dünyanın birçok yerinde doğum, kadın yaşamının bir parçası olan normal ve sağlıklı bir olay olarak görülmektedir (33). Literatürde kadınların normal doğumu tercih etme nedenleri arasında “anne-bebek açısından sağlıklı olması, sezaryen doğuma göre daha güvenli olması, doğal bir yöntem olması, daha kolay doğum yapmayı isteme,

doğum sonu dönemi daha ağrısız geçireceğini düşünme ve doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olacağını düşünme” gibi nedenler yer almaktadır (26, 38–40). Sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında ise “annede sağlık sorunlarının olması, doğum ağrısından korkma, doktor önerisi ve bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme” gibi nedenler yer almaktadır (26, 38–40, 83).

2.3. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM) ABD’de 1950’li yıllarda Halk Sağlığı Servisinde çalışan sosyal psikologların karşılaştığı bir takım araştırma problemlerinden doğmuştur (84–86). Modelin teorisi problemlerin çözümü ile eş zamanlı olarak geliştirilmiştir (84, 85). İlk olarak Hochbaum tüberküloz hastalığına karşı algılanan duyarlılığın ve hastalığı olan kişilerin asemptomatik olabileceği inancının tüberküloz taraması yaptıranlarla yaptırmayanları ayırt edebileceğini bildirmiştir (87). 1970’lerin başında ise bir dizi çalışma SİM’in sağlık davranışlarındaki bireysel farklılıkları anlamak ve davranış değişikliği oluşturmada yararlı olduğunu ileri sürmüştür (84). SİM ilk olarak insanların tarama programlarına katılımlarının açıklanmasında kullanılsa da daha sonraları insanların teşhis edilen bir hastalığa yanıt olarak davranışlarını, özellikle tıbbi tedavilere uyumunu incelemek için genişletilmiştir (22, 88).

Modeldeki ana değişkenler sağlık çalışanının dünyası ile değil, davranışı gerçekleştirecek bireyin öznel dünyasıyla ilgilidir. Modelin uygulanmasındaki odak, bireyin mevcut öznel durumlarını mevcut sağlık davranışı ile ilişkilendirmektir. Sağlık inanç modeli; “belirli bir davranışı gerçekleştirmeye hazır psikolojik durum ve belirli bir davranışın algılanan tehdidi azaltmada ne kadar yararlı olduğuna inanç” olmak üzere iki temel boyut içerir. Bu boyutlar harekete geçmeye hazır oluşunun mevcut olup olmadığını tanımlar (85).

SİM, davranışı açıklamada değer beklenti teorisi üzerine kurulmuştur. Bu bakış açısına göre sağlık davranışları, bir kişinin hastalıktan kaçınma ya da iyileşme arzusundan (değer) ve önerilen eylemin bunu başaracağına yani algılanan tehdidi azaltacağına olan güveninden (beklenti) etkilenmektedir (22, 24, 88).

2.3.1. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri

Model insanların hastalıktan korunma, tarama ve hastalığı kontrol altına almada neden harekete geçeceklerini yordayan bileşenlerden oluşmaktadır (22). Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engeller modelin 4 ana

bileşenini oluşturur. Bu algıların her biri, bireysel olarak veya kombinasyon halinde sağlık davranışını açıklamak için kullanılabilir. Yıllar içinde modele öz-yeterlilik, sağlık motivasyonu ve eyleme geçiriciler bileşenleri de dahil edilmiştir (86, 88) (Şekil 2.2).

Algılanan Duyarlılık

Algılanan duyarlılık, bir hastalık veya duruma yakalanma riski ile ilişkili inançları ifade eder. Algılanan duyarlılık bireyseldir ve kişiden kişiye göre değişiklik gösterebilir (3, 22, 85). Duyarlılık veya bireysel risk algısı insanları daha sağlıklı davranışlar benimsemeye iten güçlü algılardan biridir. Bireysel risk algısı ne kadar fazla olursa riski azaltmaya yönelik davranışta bulunma olasılığı da o kadar fazla olacaktır. Ne yazık ki, bu tam tersi için de geçerlidir. İnsanlar belirli bir hastalık veya durumla ilişkili risk altında olmadıklarını düşündüklerinde veya düşük duyarlılık algısına sahip olduklarında sağlıksız davranışlar sergileyebilmektedir (3, 86).

Algılanan Ciddiyet

Algılanan ciddiyet genellikle bireyin genel veya tıbbi bilgi düzeyine dayanmakla birlikte, bireyin bir hastalığın kendisi için sonuçları hakkında sahip olduğu inançlardan da etkilenebilir. Yine bireyin hastalıklarla ilgili geçmiş deneyimleri ciddiyet algısını şekillendiren faktörler arasındadır (86). Belirli bir durumun ya da hastalığın ciddiyetine ilişkin inançlar kişiden kişiye göre değişir. Bir hastalığa yakalanmanın veya tedavi olmamanın ciddiyetine ilişkin duygular, hastalığın tıbbi ve klinik sonuçlarının (ölüm, sakatlık ve ağrı vb.) yanı sıra olası sosyal sonuçlarının (iş, aile hayatı ve sosyal ilişkiler vb.) da değerlendirilmesini içerir (3, 22, 85).

Algılanan duyarlılık ile algılanan ciddiyet belirli bir hastalık ya da durumla ilişkili **algılanan tehditi** oluşturmaktadır (22, 86, 89). Tehdit algısı, gerçek bir risk veya duyarlılık olan ciddi bir hastalığa yönelikse, davranış muhtemelen değişecektir (86).

Algılanan Yarar

Algılanan yarar, bir kişinin hastalık riskini azaltmaya ilişkin sağlık davranışının önemi veya yararlılığı hakkındaki inançlarıdır (86). Bireyin bir hastalık veya duruma ilişkin risk altında olduğunu kabul etmesi istenen sağlık davranışını yapması için yeterli değildir (22, 85). Sağlık davranışının benimsenmesinde davranış gerçekleştiğinde elde edilecek yararların davranış yapılmadığında ortaya çıkacak sonuçlardan ağır basması ve bu davranışın hastalık riskini azaltması önemlidir (86). Sağlık davranışının benimsenmesinde duyarlılık ve ciddiyet konusunda optimal inançlar sergileyen bireylerin, aynı zamanda, hastalık tehdidini azaltacak davranışı da yararlı bulmaları

gerekmektedir (22). Algılanan yarar, ikincil korunma davranışlarının benimsenmesinde de önemli bir rol oynamaktadır (86).

Algılanan Engeller

Bir kişi, bir sağlık davranışının hastalık tehdidini azaltmada etkili olacağına inanabilir, ancak aynı zamanda bu davranışı külfetli, pahalı, nahoş, acı verici veya üzücü olarak da görebilir (22, 85). Bunlar bireyin yeni bir davranışı benimseme yolundaki engel algısını oluşturur. Engel algısı davranış değişikliğindeki en önemli yapıdır (86). Eyleme geçmek için hazır oluşluk düzeyi yüksekse ve davranışın olumsuz yönleri nispeten zayıf görülüyorsa, istenilen davranışın yapılması muhtemeldir. Diğer taraftan, eyleme geçmek için hazır oluşluk düzeyi düşükse ve davranışın olumsuz yönleri daha ağır basıyorsa bu durum istenilen davranışın yapılması muhtemel değildir (85).

Öz-yeterlilik

Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz-yeterlilik "kişinin bir şeyi başarılı bir şekilde yapabileceğine olan inanç" olarak tanımlanmaktadır (86, 90, 91). Öz-yeterlilik kişinin genellikle başarılı bir şekilde yapabileceklerine inandıkları şeyleri yapmayı deneyeceklerini söyler (86). Öz-yeterlilik SİM'e ayrı bir yapı olarak 1988 yılında eklenmiştir (22, 86, 88, 89).

Sağlık Motivasyonu

Sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik genel niyet ve davranış oluşturma arzusu olarak tanımlanmaktadır (92). Sağlık motivasyonu SİM'e sonradan eklendiği için bazı çalışmalarda yer verilmemiştir (88).

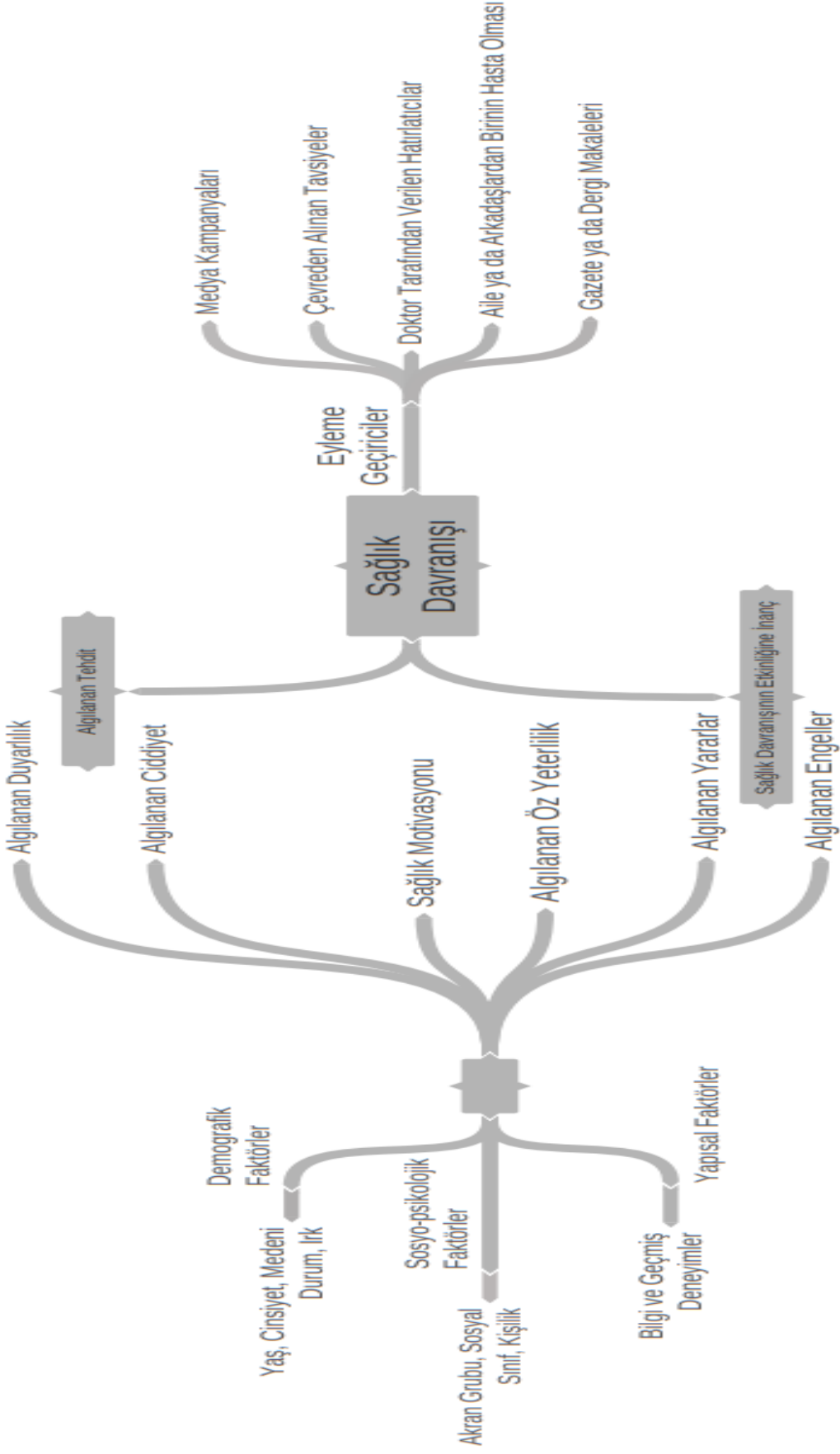
Eyleme Geçiriciler

SİM tüm bileşenlere ve bireysel özelliklere (yaş, cinsiyet, etnik köken, kişilik, sosyo-ekonomik özellikler, bilgi) ek olarak istenilen davranış değişikliğinin benimsenmesinde eyleme geçiricilerin de etkili olduğunu ileri sürmektedir. Eyleme geçmek insanları davranışlarını değiştirmeye sevk eden şeylerdir (86). İstenilen davranışı gerçekleştirmek için bir ipucu veya tetikleyici bir faktör gerekli görülmektedir. Diğer bir deyişle istenilen davranış değişikliğinin gerçekleşebilmesi için bazı kışkırtıcı olayların meydana gelmesi gerekir. Tetikleyici uyaranlar kişiden kişiye değişiklik gösterir (85).

Sağlık İnanç Modelinde Bireysel Faktörlerin Önemi

Bireysel algılar, kişilerin bilgi, tutum, inanç, deneyim, beceri, kültür ve din başta olmak üzere sağlık davranışını etkileyen tüm kişiler arası faktörlerden etkilenir (86). Faktörler temelde üç gruba ayrılır. Bunlar; demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk), sosyo-psikolojik (akran grubu, sosyal sınıf ve kişilik) ve yapısal (bilgi ve geçmiş tecrübe) faktörlerdir (85, 86). Bu değişkenler algıları dolayısıyla sağlıkla ilgili davranışları ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyebilir (22, 84). Sosyo-demografik özellikler eğitim yolu ile değiştirilemez ancak değiştirilebilir diğer bireysel özellikler eğitim müdahaleleri ile değiştirilerek istenilen sağlık davranışı gerçekleştirilebilir (84). Eğitimsel kazanımların duyarlılık, ciddiyet, yararlar ve engeller algısını etkileyerek arzu edilen davranış üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğuna inanılmaktadır (22). İnançlar; sosyalleşme ve davranış arasında önemli bir bağlantı kurar. İnançlar davranışı şekillendiren ve sosyalleşme yoluyla kazanılabilen bireysel özelliklere dayanır. Uygun müdahale tekniği istenilen davranışla ilgili inançların değiştirilmesinde ve böylelikle istenilen davranış değişikliğini elde etmede son derece önemlidir. Özellikle, bir sağlık sorunu yaşama olasılığı, bu sorunun sonuçlarının ciddiyeti, önleyici sağlık davranışının potansiyel maliyetleri ile birlikte algılanan faydaları, sağlıkla ilişkili davranışları şekillendiren temel inançlar olarak görülmektedir (84).

Özetle; bireyler kendilerini bir duruma duyarlı olarak görürlerse, durum gerçekleştiğinde ciddi sonuçları olacağına inanırlarsa, başka bir davranışın duruma duyarlılıklarını veya ciddiyetini azaltmada yararlı olacağına inanırlarsa, harekete geçtiğinde beklenen yararların, eylemin önündeki engellerden daha ağır bastığına inanırlarsa, risklerini azaltacağına inandıkları davranışta bulunmaları muhtemeldir (22).



Şekil 2.2. Koruyucu sağlık davranışının yordayıcısı olarak “Sağlık İnanç Modeli” (22, 84, 85, 88)

2.3.2. Normal Doğum Eğilimini Arttırmada Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı

Sağlık inanç modeli ve bileşenleri kadınların doğum şekline yönelik kararlarını etkileyen faktörlerin araştırılmasında kullanılabilecek bir modeldir. SİM, sağlıkla ilişkili faktörler ve kadının davranışlarına yönelik inançları arasındaki ilişkiyi açıklayabilmekte ve doğum şekline yönelik annenin kararını, belirleyici faktörleri ve tercih edilen doğum şeklini inceleyebilmektedir (3, 26). Algılanan eş, aile ve arkadaş desteği, algılanan öz-yeterlik, normal doğuma ve sezaryene yönelik algılanan riskler, çeşitli doğum metotlarının faydaları, doktorun normal doğuma yönelik görüşü, doğal doğum korkusu ve sosyo-demografik özellikler doğum şeklinin belirleyicileri arasında yer alan sağlık inanç modelinin ana yapılarını oluşturan bazı psikolojik faktörlerdir (4).

Normal doğumun teşvik edilmesinde kadınların tutum ve inançları gözetilerek doğum öncesi bakım hizmeti sunumu son derece önemlidir (19). Kadınların normal doğumu benimsemeleri için doğuma yönelik hazırlanan eğitim içeriği “doğum fizyolojisi, doğum ağrıları ile baş etme stratejileri ve doğumda kullanılan nefes egzersizleri, gevşeme ve oyalama tekniklerini içeren doğumda öz-yeterlilik ve doğum şekillerinin potansiyel riskleri ve yararları konularını” içerebilir. Bu süreçte katılımcılar öğretilen becerileri bir dizi etkinlik aracılığıyla uygulayarak öğrenmeye çalışırlar (1).

Literatürde ilk gebeliği olan kadınların doğumla ilişkili korku düzeylerinin multiparlara oranla daha yüksek ve öz-yeterliliklerinin multiparlara oranla daha düşük olduğu bildirilmektedir (18, 19). Total sezaryen doğum oranlarını azaltmak için nulliparların elektif sezaryen doğum oranlarını azaltmak akılcı bir yaklaşımdır (1). Bunun en önemli nedenlerinden birisi nulliparların kendi doğum deneyimleri olmadığından başkalarının doğum deneyimlerinden etkilenmesidir (18). Doğum özellikle nullipar kadınlar tarafından korkunç bir deneyim olarak tanımlandığından, bu grubun normal doğum için motive edilmeye ve sezaryenin tehlikelerine yönelik farkındalıklarının arttırılmasına ihtiyaç vardır (9, 19). Yine bu sorunu çözenin etkili bir yolu da önceki doğumunu elektif sezaryen doğum şeklinde yapmış kadınlara verilecek sağlık eğitimi ile sonraki doğumlarında bilinçli seçim yapmalarının sağlanmasıdır (1). Ancak daha önce sezaryen olmuş kadınlara sunulan bireyselleştirilmiş eğitim ve destek programlarının SSVD oranlarını klinik olarak anlamlı bir şekilde arttırdığına dair önemli bir kanıt bulunmadığı bildirilmiştir (93). Bu nedenle sezaryen oranlarını azaltmak için nulliparlarda elektif sezaryen oranlarının düşürülmesi öncelikli görülmektedir (1).

Tüm bunlar doğrultusunda hem bireylerin davranışlarını açıklamada hem de olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında kullanılan bir model olan SİM'in normal doğum eğilimini arttırmaya yönelik hazırlanacak sağlık eğitimi için etkili ve uygun bir model olduğu düşünülmektedir.

Algılanan Duyarlılık

Doğum şekli bağlamında, algılanan duyarlılık kişinin kendisi veya bebeği ile ilgili ölüm riskini içerebilir. Kadınlar kişisel olarak risk altında olduklarına inanırlarsa kendileri için daha güvenli olduğuna inandıkları doğum şeklini seçeceklerdir. Örneğin, bir önceki doğumdaki olumsuz deneyim, olumsuz deneyimin tekrar ortaya çıkabileceği inancı nedeniyle, bir kadının daha sonra belirli bir doğum şekli için tercihini etkileyebilir (3, 26). Normal doğum; fiziksel ve duygusal refah yönünden kadınlara ve bebeklere en olumlu sonucu sağlar (5). Bu aşamada kadın normal doğum yapmadığında geçireceği sezaryen ameliyatı nedeniyle kendisinin ve bebeğinin risk altında olabileceğine ihtimal verir. Kendileri için daha güvenli olduğunu düşündükleri doğum şekli olarak normal doğuma yönelir.

Duyarlılık algısı gelişen kadın;

- Doğum şeklinin kendisi için hayati önem taşıdığını,
- Tıbbi gereklilik durumu haricinde sezaryen doğum tercih edildiğinde sezaryen doğumla ilişkili hem kendisi hem de bebeği için mortalite ve morbidite riskinin normal doğumdan daha fazla olduğunu,
- Tıbbi endikasyon olmaksızın anne isteği gibi faktörlerin doğum şekli tercihini etkilediğini,
- Bir kere sezaryen ile doğum yapmasının sonraki gebeliklerinde risk artışına neden olabileceğini ancak bir kere sezaryenin hep sezaryen anlamına gelmediğini bilir (3, 7, 9, 14–16, 52).

Algılanan Ciddiyet

Kadınlar belirli bir doğum şekli ile ilişkili çok ciddi veya dayanılmaz komplikasyonlar olduğuna inanırsa, riski azaltmak için alternatif doğum yöntemlerine yönelebilirler. Hem normal hem de sezaryen doğumda ortaya çıkabilecek en ciddi komplikasyonlar anne ve yenidoğan ölümleridir (3, 26). Bu aşamada kadın normal doğum yapmadığında geçireceği sezaryen ameliyatının sonuçlarının ve komplikasyonlarının kendisi ve bebeği için ciddi olduğuna inanır ve sezaryenin tıbbi, klinik (ölüm, sakatlık ve ağrı vb.) ve sosyal sonuçlarını (iş, aile hayatı ve sosyal ilişkiler vb.) değerlendirir. Sonuçta kadın riski azaltmak için normal doğuma yönelir.

Ciddiyet algısı gelişen kadın;

- Sezaryen doğumun olası sonuçlarını ve yan etkilerini,
- Normal doğum yapmadığında geçireceği sezaryen ameliyatına bağlı kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığını,
 - Normal doğum yapmadığında geçireceği sezaryen ameliyatında kullanılan anestezi ilaçlarına bağlı kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığını,
 - Sezaryen doğum sonrası emzirme ile ilgili sorun yaşayabileceğini,
 - Sezaryen doğum sonrası kendi bakımına ve bebeğinin bakımına yetemeyeceğini,
 - Sezaryen doğum sonrası normal doğuma kıyasla iyileşme sürecinin ve hastanede kalış süresinin uzayabileceğini düşündüğünde huzursuzluk hisseder (23, 41, 42, 64).

Algılanan Yarar

Sosyo-kültürel inançların karşılanmasını öngören bir algı ya da maternal ve fetal sağlığın avantajları maternal karar vermede önemli faktörler olarak belirlenmiştir (3, 26). Bu aşamada doğum yapacak kadın doğum şekli olarak normal doğumun kendisi ve bebeği için önemini ve yararlarını algılar. Böylelikle kadında normal doğumla ilişkili bilinç oluşur.

Yarar algısı gelişen kadın;

- Normal doğumun kendisi ve bebeği için güvenli olduğunu,
- Normal doğumun kendisinin ve bebeğinin sağlığını koruduğunu,
- Normal doğumun ekonomik olduğunu,
- Normal doğum sonrası kendinde ve bebeğinde ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığının az olduğunu,
 - Normal doğum sonrası daha kısa sürede taburcu olabileceğini ve iyileşme sürecinin daha hızlı olduğunu,
 - Normal doğum sonrası sezaryen doğuma oranla daha az emzirme problemleri yaşayacağını ve bebeğini hemen kucağına alabileceğini,
 - Normal doğumda sezaryen doğuma göre doğum sayısını kısıtlamasına gerek olmadığını bilir (5, 23, 30, 41).

Algılanan Engeller

Kişinin sağlıklı ilgili belirli bir davranışı yerine getirmesini engelleyen zorlukları ifade eder. Bu, sağlık önlemi almanın fiziksel ve psikolojik maliyetlerine olan inançtır (3, 26). Kişi herhangi bir doğum şeklinin olumsuz yönlerinin olumlu yönlerinden daha ağır bastığına inanırsa alternatif doğum yöntemlerine yönelmesi muhtemeldir. Bu aşamada kadın normal doğum yapmasında etkili olan engelleri algılar. Bu engeller kendisi veya bebeği ile ilgili

olabilir. Kadının hazır oluşluk düzeyi yüksekse ve normal doğuma yönelik engel algısı yarar algısından nispeten zayıfsa normal doğuma yönelmesi muhtemeldir.

Engel algısına sahip kadın;

- Doğum ağrıları ile baş etmenin zor olduğunu,
- Doğumda epizyotomi uygulamasının dayanılmaz olduğunu,
- Doğum sürecinin çok uzun süreceğini,
- Normal doğumda vajinal tuşe uygulamasının rahatsızlık, utanma ve duygusal travmaya neden olabileceğini,
- Normal doğumda bebeğin geleceği zamanın belirsiz olduğunu,
- Normal doğumda ebelerin ve doktorların bilgi ve becerilerinin yetersiz olabileceğini,
- Normal doğum sonrası normal doğuma bağlı pelvik organ sarkması (idrar kaçırma, rahim sarkması) gibi sorunlar yaşayacağını düşünür (3, 17, 35, 39, 40, 43, 62, 94).

Öz-Yeterlilik

Doğum korkusu, öz-yeterlilik ve kontrol duygusu birbirleriyle yakından ilişkilidir (95). Doğuma ilişkin öz-yeterlilik algısı, kadının doğum eylemi ile baş etmede kendi yeteneklerine güvenmesidir. Doğuma ilişkin yetersizlik duygusu kadında korku ve anksiyeteye neden olmaktadır (18). Bandura'nın öz-yeterlilik teorisine dayanarak, öz-yeterliliği yüksek olan kadınların doğum esnasındaki ve sonrasındaki kaygı düzeylerini düşürme olasılıkları daha fazladır. Önceki çalışmalar, bir kadının doğum ile başa çıkma yeteneğine olan güveni arttığında, algılanan korkusunun, ağrısının ve gereksiz tıbbi müdahalelerin azaldığını bildirmektedir (1, 18, 96). Bu tam tersi içinde geçerli olup düşük öz-yeterlilik algısı daha fazla doğum korkusu ve buna bağlı sezaryen doğum tercihindeki artışla ilişkilendirilmiş (18, 35) ve bu kadınların doğum kontrolünü başkalarına bırakma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (95). Bu aşamada kadın normal doğumu başarılı bir şekilde yapabileceğine inanır. Böylelikle doğum şekli olarak kendisi ve bebeği için en güvenilir doğum şekli olan normal doğuma yönelir.

Öz-Yeterliliği gelişen kadın;

- Normal doğumla ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu,
- Bedeninin normal doğum için uygun olduğunu,
- Normal doğumu başarabileceğini,
- Doğum korkusunu nasıl kontrol altına alacağını,
- Doğum eylemi ile baş etme tekniklerini bildiğini ve bu teknikleri etkin yapabileceğini,
- Normal doğum esnasında nasıl ıkmaması gerektiğini bilir (1, 18, 97, 98).

Sağlık Motivasyonu

Akrabalardan, arkadaşlardan ve sağlık profesyonellerinden gelen tavsiyelerin yanı sıra kadın hakları konusunda farkındalık, doğum yöntemine ilişkin maternal kararı etkileyen önemli faktörlerdir. Kadınlar olumsuz doğum hikayeleri duyduklarında aynı deneyime sahip olma endişesi ile alternatif bir doğum şekline yönelebilirler. Ek olarak kadının, ailesinde kötü obstetrik sonuç öyküsü varsa da endişelenebilir. Yine sağlık profesyonellerinin (ebe, doktor vb.) tavsiyelerinin, bir kadının doğum şekli kararı üzerinde etkisi oldukça fazladır (3, 26). Literatürde doğuma hazırlık eğitiminin kadınların normal doğum tercihlerini ve doğuma hazır oluştuklarını arttırdığı bildirilmiştir (20). Bu aşamada kadının normal doğum yapmasını tetikleyen faktörler değerlendirilir. Gebenin normal doğumla ilişkili farkındalık düzeyi artarsa normal doğuma yönelmesi muhtemel olacaktır.

Sağlık motivasyonu gelişen kadın;

- Gebe eğitim sınıfı, doğuma hazırlık sınıfları vb. katılarak normal doğumla ilgili bilgi edinir ve doğumda başa çıkma stratejilerini öğrenir.
- Prekonsepsiyonel dönemde sağlık profesyonellerinden (ebe, doktor) eğitim ve danışmanlık alarak kendisi ve bebeği için oluşabilecek riskleri en aza indirir böylece gebelik ve doğum sürecini planlar.
- Gebeliği boyunca doğum öncesi gebelik izlemlerini düzenli yaptırarak gebeliğinde ve doğum sırasında karşılaşacağı sorunlara yönelik önlem alır.
- Normal doğum yapmanın kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığına olumlu etkileri olduğunu bilir. (3, 5, 20, 26, 30, 99–101).

2.3.3. Sağlık İnanç Modelinin Doğum Şekli Tercihinde Kullanıldığı Araştırma Örnekleri

Literatürde kadınların doğum şekli tercihlerine ilişkin psikolojik faktörler ve teoriye odaklanan çalışmalar mevcuttur (3, 9, 21, 24, 26). Ancak sağlık inanç modeli doğrultusunda hazırlanan eğitimin kadınların doğum şekli tercihlerine etkisini değerlendiren teori odaklı çalışmalar oldukça sınırlıdır (1, 23, 27–29). Dadipoor ve ark. primipar gebeler arasında doğum şekline dayalı sağlık inanç modeli bileşenlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında sağlık hizmeti veren kurumların sezaryen doğumun komplikasyonları ve risklerine yönelik eğitim planlamaları ve düzenli olarak bu eğitimleri yürütmeleri ile annenin normal doğum seçiminin önündeki engellerin saptanması ve bu engellerin kaldırılarak annenin güveninin kazanılmasının gereksiz sezaryen doğum oranlarının azaltılmasına katkı sağlayacağını

bildirmiştir (21). Al-Battawi ve Ibrahim doğum şekli ile ilişkili anne kararını öngörmede sağlık inanç modelini uyguladıkları çalışmalarında daha fazla kadının normal doğumu tercih etmesine rağmen, sezaryen doğum için artan bir istek olduğunu, yaş, eğitim düzeyi ve sağlık profesyonellerinin tavsiyelerinin doğum şekli ile ilgili anne kararında önemli rol oynadığını saptamıştır (3). Dadipoor ve ark. sağlık inanç modeline dayalı doğum şeklinin tahminini inceledikleri çalışmalarında normal doğuma yönelik algılanan engelleri kaldırma, sezaryen doğumun yan etkileri ve normal doğumun yararları hakkında kadınların farkındalığını artırma ve kadınların doğal doğum yeteneklerine olan inançlarını artırma stratejilerinin gereksiz sezaryen doğum oranlarını azaltmada etkili olabileceğini bildirmiştir (9). Loke ve ark. sağlık inanç modeli kullanılarak kadınların doğum şekli kararlarını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında sağlık inanç modelinin -algılanan yarar, algılanan ciddiyet ve eylem ipuçları- bileşenlerinin, kadınların doğum şekilleri ile ilgili verdikleri kararı etkilediğini bildirmiştir (26).

Rahimikian ve ark. gebelerin doğum şekli tercihinde SİM'e dayalı eğitimin etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında SİM'in gebelerin doğum şekli kararlarında etkili olduğunu bildirmiştir (28). Khorsandi ve ark. nullipar kadınlar arasında normal doğum oranlarını arttırmak için Precede-Proceed modeli ve sağlık inanç modelini birlikte kullandıkları çalışmalarında entegre modele dayalı eğitimin birincil sezaryen oranlarını azaltmada etkili olduğunu saptamıştır (1). Hassani ve ark. primipar gebelerde sezaryen oranının düşürülmesinde SİM'e dayalı eğitim programının etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında SİM'in gebelerin farkındalığını, niyetini ve doğum şekli tercihini önemli ölçüde etkileyebileceğini bildirmiştir (29). Til sağlık inanç modeli doğrultusunda hazırlanan yapılandırılmış eğitimin kadınların doğum şekli tercihine etkisini değerlendirdiği çalışmasında yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitiminin normal doğum oranlarını arttırdığını bildirmiştir (27). Baghianimoghadam ve ark. sağlık inanç modeline dayalı verilen eğitimin kadınların doğum şekli üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, modele dayalı eğitim müdahalesinin gebe kadınların farkındalığını arttırdığını, ancak doğum şekli tercihinde bilgi dışında birçok faktörün rol oynadığını bu nedenle eğitimin doğum şekli üzerinde etkili olmadığını bildirmiştir (23).

2.4. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Ebenin Rolü

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde nitelikli bakım hizmetinin sunulması kadınların ve yenidoğanların hayatlarını kurtarmada son derece önemlidir (60). Kadınların doğum şekli ile ilgili bilinçli seçim yapmaları ve karar alma sürecinde aktif rol almalarında

sağlık profesyonellerinden aldıkları bilgi ve danışmanlık etkili rol oynar (26). Sağlık profesyonellerinin gebelerin ihtiyaç duydukları bilgileri paylaşmaları ve normal doğumu destekleyen ve koruyan bakım uygulamalarını öğretmeleri doğumun normalliğini korumaya ve hem birincil hem de tekrarlayan sezaryen oranını azaltmaya yardımcı olabilir (1, 95). Bu nedenle doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınla birebir temasta bulunan ebelere büyük görevler düşmektedir.

Ebelerin en önemli rollerinden birisi de bilgilendirme ve eğitim rolüdür (102). Gebelerin çoğunluğu doğum ağrılarından korktukları için sezaryen doğuma yönelmektedir (1). Doğum şekli kararını etkileyen faktörler göz önüne alındığında, doğal doğuma yönelik engelleri ortadan kaldırmak için stratejilere ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu stratejiler, doğal doğum ve ağrısına yönelik yanlış algıları değiştirmek, annelerin farkındalığını arttırmak, kadınların doğal doğum yapma yeteneklerine olan inancını güçlendirmek şeklinde sıralanabilir (9). Kadınlar çoğunlukla doğum ağrıları ile baş edebileceklerine inanmadıkları için doğum korkusu yaşarlar ve müdahale talep ederler. Bu sorun gebelik döneminde ebeler tarafından verilen doğuma yönelik hazırlık eğitimleri ile giderilebilir (103). Ebeler eğitim ve bilgilendirme yaparken yüz yüze, bilgisayar destekli veya mobil iletişim araçları ile yürütülen görüşmeler yapabilirler (104–107). Doğuma yönelik hazırlanan eğitim müdahaleleri ile kadınların doğum şekilleri hakkında bilinçli karar vermesi sağlanabilir (1, 40). Gebelik döneminde doğuma yönelik verilen eğitimlerin kadınların bilgi düzeyleri ve öz-yeterlilik düzeylerini arttırdığı doğum korkularını ise azalttığı bildirilmiştir (15, 18, 100). Ayrıca kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin kadınların doğum şekli tercihlerini olumlu etkileyerek normal doğum tercihinin arttırdığı bildirilmektedir. Doğuma hazırlık eğitimleri kadınların doğuma hazır oluştuklarını da pozitif etkilemektedir. Bu durum kadınların doğumda olumlu deneyim yaşamasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca doğuma hazırlık eğitimleri kadınların doğum şekli tercihlerinde aktif karar almalarını sağlamakta ve kontrol gücünü arttırmaktadır (20).

Sağlık eğitimleri genellikle belirli bir sağlık davranışına yöneliktir. Davranış değişikliğine yönelik hazırlanan sağlık eğitimlerine yol göstermede sağlık teorileri ile ilgili davranış kalıpları kullanılabilir (22). Sağlık eğitimi için bir model seçmek, eğitim planlama sürecinin önemli bir adımıdır. Bu modellerden birisi de sağlık inanç modelidir (23). SİM gibi davranış teorileri ve modelleri, sağlıkla ilgili bireysel davranışların nedeninin anlaşılması, olumlu davranış değişikliklerinin teşvik edilmesi ve sağlık eğitimlerine yol göstermede en yaygın kullanılan kavramsal çerçevelerden biridir (22, 24). Dolayısı ile

ebelerin kadınların doğum şekli tercihine yönelik hazırladıkları eğitim içeriklerinde SİM kullanmaları kadınların normal doğuma eğiliminin artmasında önem arz etmektedir.

Normal doğuma teşvik ve sezaryen uygulamalarının azaltılmasında sağlık politikaları önemli rol oynamaktadır (15). Ülkemizde sağlık bakanlığı “anne dostu hastane” uygulaması ile doğumun mümkün oldukça müdahale edilmeden ideal koşullarda normal olarak gerçekleştirilmesini desteklemektedir (108). Anne Dostu Hastane Programı ile kadınların gebelik döneminde doğuma yönelik eğitim alması ve desteklenmesi, doğum korkularının azaltılması ve güvenli bir doğum süreci yaşamalarının sağlanması amaçlanmaktadır (108–110). Anne dostu hastane kriterlerinde gerekmedikçe doğuma müdahale edilmemesi önerilmektedir. Bu uygulama ile doğumda bakım ve destek uygulamalarına daha fazla önem verilmektedir. Dolayısı ile doğumda ebeye duyulan ihtiyaç artmaktadır. Anne dostu hastane kriterleri arasında yer alan sağlık personellerine yönelik hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması uygulaması da ebelerin kendilerini sürekli olarak geliştirmesine ve meslekleri ile ilgili gelişmeleri yakından takip ederek kaliteli bakım sunmalarına imkân tanımaktadır (108). Literatürde ebe yönetimindeki doğumlarda kadınların bakım hizmetinden daha memnun kaldıkları ve spontan vajinal doğumların daha fazla olduğu bildirilmektedir (31). Doğuma yönelik memnuniyetin artması kadının doğum deneyimini olumlu yönde etkileyecektir. Olumlu doğum deneyimi ise sonraki gebeliklerde kadınların doğum şekli tercihini doğrudan etkileyebilecek faktörlerden birisidir (26).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma iki aşamada gerçekleştirildi. Birinci aşama Sağlık İnanç Modeline dayalı Normal Doğuma İnanç Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla metodolojik türde, ikinci aşama ise nullipar gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitimin normal doğum eğilimine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu deneme modeli olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran gebelerden elde edildi. Araştırma Kasım 2019 - Kasım 2020 tarihleri arasında yürütüldü. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde 6 adet Kadın Doğum Polikliniği ve 1 adet onkoloji polikliniği mevcuttur. Her bir poliklinikte 1 doktor ve 1 ebe veya hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ilgili hastanenin gebe polikliniklerine başvuran tüm gebeler oluşturdu.

Birinci Aşama

Literatürde metodolojik araştırmalar için örneklem büyüklüğünün genellikle toplam madde sayısının 5-10 katı olan sayıda bir örneklem hacmi ile çalışılması önerilmektedir. Ayrıca bir ölçeğin psikometrik yapısını yeterli biçimde ortaya çıkarabilecek örneklem hacminin en az 200, faktör yapısını ortaya çıkarmak için 300 ve ideal olarak da 500'ün üzerinde olması gerektiği bildirilmektedir (111). Araştırma başlangıcında geliştirilen ölçeğin madde sayısı 49'du. Bu sınıflamadan yola çıkılarak 20-40. gebelik haftaları arasında olan 737 gebe ile tüm gebelerde (Grup 1), 335 gebe ile primiparlarda (Grup 2), 408 gebe ile multiparlarda (Grup 3) geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldı.

Araştırmanın birinci aşamasına okuma yazma bilen, 20-40. gebelik haftaları arasında olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebeler dahil edildi. Ayrıca iletişim güçlüğü veya mental yetersizliğe sahip olma araştırmadan çıkarılma kriteri olarak kabul edildi. Bu süreçte araştırmaya alınma kriterlerine uymayan 15 gebe ve anketin hepsini doldurmayan 5 gebe araştırma dışında bırakıldı.

İkinci Aşama

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklem hacminin hesaplanmasında güç analizi kullanıldı. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; %5 yanlıgı düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ile verilen eğitimin araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen gebelerin NDiÖ puan ortalamasını (81.19 ± 12.58) 6 puan arttıracığı varsayılarak her grup için en az 70, toplamda 140 nullipar gebe (70 deney, 70 kontrol) olarak hesaplandı. Araştırmaya olası vaka kayıpları da dikkate alınarak (yaklaşık %20) toplam 168 nullipar gebe (84 deney, 84 kontrol) alınması planlandı. Örneklem seçim kriterlerine uygun olan gebeler için random.org sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator yöntemi kullanılarak 1-168 arasında sütunlar oluşturuldu (112) (Şekil 3.1). Sütunda 1 ve 2 rakamları gözetilerek, kayıt numaralarına göre gebeler 1 ve 2 numaralarına randomize olarak atandı. Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlendi. Kura sonucu oluşturulan randomizasyonda 1 rakamına denk gelen gebeler deney, 2 rakamına denk gelen gebeler kontrol grubuna alınarak görüşmeler yapıldı. Ancak araştırmanın yürütülmesi sırasında bazı gebelerin doğum yapması, kendi istekleri ile çalışmaya devam etmemeleri ve gebelere ulaşılamaması nedenleri ile araştırma 149 nullipar gebe (73 deney, 76 kontrol) ile tamamlandı. Araştırmanın ikinci aşamasına ait consort diyagramı Şekil 3.2'de verilmiştir.

Random Integer Generator

Here are your random numbers:

1	2	2	1	1	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2
1	1	1	1	2	2	1	2	2	2
1	1	2	2	2	1	1	2	1	2
2	1	2	1	1	1	2	2	2	2
1	2	2	1	2	2	1	2	1	1
1	1	1	1	2	1	2	2	1	2
2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
2	2	2	1	1	2	1	1	2	2
1	1	2	2	1	2	1	1	1	2
1	2	2	2	1	1	2	2	1	1
1	1	1	2	1	2	2	2	2	2
1	1	2	2	2	2	2	2	1	2
1	1	1	2	2	2	1	1	1	2
2	1	2	1	2	2	2	2	1	2

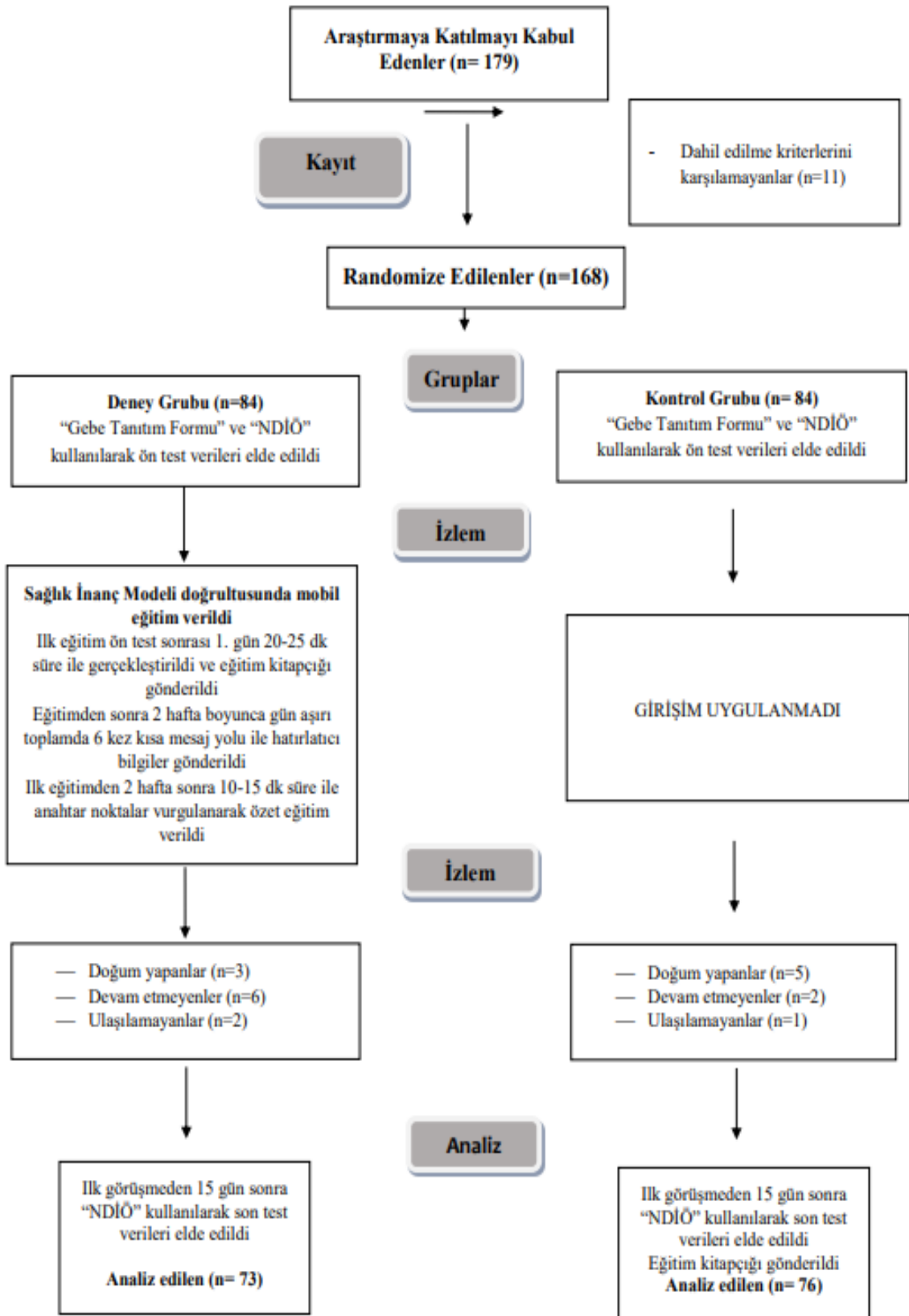
Şekil 3.1. Randomizasyon grupları

Araştırmaya alınma kriterleri

- Okuma yazma bilen,
- Akıllı telefona sahip olan,
- İnternet erişimi olan,
- Telefon görüşmeleri için kulaklık aksesuarına sahip olan,
- Tek fetüsü olan,
- Riskli gebeliği olmayan,
- 20-38. gebelik haftasında olan,
- Normal doğum için tanılanmış herhangi bir engeli bulunmayan gebeler

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan,
- İletişim güçlüğü veya mental yetersizliği bulunan gebeler



Şekil 3.2. Araştırma Consort diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, “Gebe Tanıtım Formu” ve “NDİÖ” kullanıldı.

3.4.1. Gebe Tanıtım Formu

Gebelerin sosyo-demografik (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, aile tipi vb.) ve obstetrik özelliklerinin (gebelik haftası, gebeliği isteme ve planlama durumu, doğum şekline yönelik düşüncesi, gebelik takiplerini yaptırdığı yer, doğumla ilişkili bilgi alma durumu vb.) belirlenmesi amacı ile araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen toplam 17 sorudan oluşan bir formdur (3, 9, 26, 113–115) (EK-6).

3.4.2. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ)

Sağlık inanç modeli doğrultusunda geliştirilen NDİÖ gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimlerini değerlendirmektedir. NDİÖ algılanan duyarlılık (1, 2, 3. maddeler), algılanan ciddiyet (4, 5, 6, 7. maddeler), algılanan yarar (8, 9, 10, 11. maddeler), algılanan engeller (12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler), algılanan öz-yeterlilik (18, 19, 20, 21. maddeler) ve sağlık motivasyonu (22, 23, 24. maddeler) olmak üzere 6 alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler beşli likert tipi olup “Tamamen katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kesinlikle katılmıyorum (1)” şeklinde puanlanmaktadır. NDİÖ algılanan engeller alt boyutuna ait tüm maddeler (12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler) ters puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 24, en yüksek 120 puan alınabilmektedir. “Algılanan duyarlılık” alt boyutundan en düşük 3 en yüksek 15, “algılanan ciddiyet” alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20, “algılanan yarar” alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20, “algılanan engeller” alt boyutundan en düşük 6 en yüksek 30, “algılanan öz-yeterlilik” alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20 ve “sağlık motivasyonu” alt boyutundan en düşük 3 en yüksek 15 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesinde hem alt boyutlar hem de ölçeğin tümünden alınan puanlar kullanılabilir. Ölçekten alınan toplam puanlara göre gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri; 24 ile 56 arası düşük, 57 ile 88 arası orta ve 89 ile 120 arası yüksek düzey olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri artmaktadır (EK-7).

3.5. Ölçek Geliştirme ve Aşamaları

Literatür taraması ve madde havuzunun oluşturulması ile oluşturulan ölçek maddelerine ilişkin geçerlik ve güvenirlik analizleri ölçek geliştirme aşamalarını oluşturmaktadır.

Literatür taraması ve madde havuzunun oluşturulması

Bu aşamada gebelerin normal doğuma ilişkin inançlarını ve eğilimlerini ölçmeye yönelik bir ölçüm aracının geliştirilmesi ve geçerlik-güvenirlik analizlerinin yapılması planlandı. Konu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak gebelerin normal doğuma ilişkin inançlarını ve eğilimlerini belirlemeye yönelik sağlık inanç modelinin bileşenleri doğrultusunda NDIÖ'de yer alabileceği düşünülen maddelerin yer aldığı bir madde havuzu oluşturuldu. Sağlık inanç modeli; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, algılanan öz-yeterlilik ve sağlık motivasyonu bileşenlerine uygun olarak madde dağılımları yapıldı. SİM bileşenleri doğrultusunda toplamda 6 alt boyut ve 49 maddelik bir yapı oluşturuldu (EK-9). Hazırlanan NDIÖ'de gebelerin elektif sezaryene karşı risk algısı ve ciddiyet algısı, normal doğumun yararlarına yönelik algısı, normal doğum yapmasına engel olabilecek düşünceleri, normal doğuma yönelik öz-yeterlilik algısı ve normal doğumu motive edici sağlık davranışları ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Normal Doğuma İnanç Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

3.5.1. Geçerlik Analizleri

Geçerlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği özelliği diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebilme derecesidir (116, 117). NDIÖ'nün geçerliğini değerlendirmek amacı ile kapsam (içerik) ve yapı geçerliği analizleri kullanıldı.

Kapsam (İçerik) Geçerliği

Hazırlanan ölçek maddelerinin kapsam geçerliği analizi için uzman görüşüne başvuruldu. Literatürde uzman görüşü için uzman sayısının 5-40 arasında olması önerilmektedir (116). Literatür taranarak oluşturulan ölçek toplamda 49 madde ve 6 alt boyut olarak hazırlandı. Hazırlanan ölçek; alanında uzman 12 kişiden oluşan uzman grubun görüşüne sunuldu (EK-8). Uzmanlara e-mail yolu ile ulaşıldı. Uzman görüşlerine dayanarak yapılan kapsam geçerliği oranı (KGO) hesaplanmasında Davis tekniği kullanıldı (118).

Uzmanlardan her bir maddeye ifadelerin anlaşılabilirlik ve amaca uygunluk derecesine göre 1-4 arasında puan vererek ölçek maddelerini değerlendirmeleri istendi. Kapsam geçerliği bu şekilde değerlendirilen ölçek maddelerine uzmanların verdikleri puanlar Tablo 3.1'deki gibidir.

Tablo 3.1. Ölçeğin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliği Sonuçları

Maddeler	Uygun Değil	Kısmen Uygun	Uygun	Oldukça Uygun	KGO
Madde 1	0	0	2	10	1.000
Madde 2	0	0	2	10	1.000
Madde 3	0	0	2	10	1.000
Madde 4	0	0	2	10	1.000
Madde 5	0	0	2	10	1.000
Madde 6	0	0	3	9	1.000
Madde 7	0	1	5	6	0.916
Madde 8	0	1	3	8	0.916
Madde 9	0	0	3	9	1.000
Madde 10	0	1	4	7	0.916
Madde 11	0	1	4	7	0.916
Madde 12	0	1	4	7	0.916
Madde 13	0	1	4	7	0.916
Madde 14	0	0	1	11	1.000
Madde 15	0	0	3	9	1.000
Madde 16	0	0	3	9	1.000
Madde 17	0	0	0	12	1.000
Madde 18	0	1	1	10	0.916
Madde 19	0	0	1	11	1.000
Madde 20	0	0	1	11	1.000
Madde 21	0	0	0	12	1.000
Madde 22	0	0	0	12	1.000
Madde 23	0	1	4	7	0.916
Madde 24	0	1	4	7	0.916
Madde 25	0	0	2	10	1.000
Madde 26	0	1	2	9	0.916
Madde 27	0	2	1	9	0.833
Madde 28	0	0	2	10	1.000
Madde 29	0	0	3	9	1.000
Madde 30	0	0	2	10	1.000
Madde 31	0	1	2	9	0.916
Madde 32	0	0	2	10	1.000
Madde 33	0	0	1	11	1.000

Madde 34	0	0	0	12	1.000
Madde 35	0	1	3	8	0.916
Madde 36	1	0	4	7	0.916
Madde 37	1	0	4	7	0.916
Madde 38	0	1	1	10	0.916
Madde 39	0	0	1	11	1.000
Madde 40	0	0	1	11	1.000
Madde 41	0	0	6	6	1.000
Madde 42	0	0	0	12	1.000
Madde 43	0	0	2	10	1.000
Madde 44	0	0	1	11	1.000
Madde 45	0	0	1	11	1.000
Madde 46	0	0	2	10	1.000
Madde 47	0	0	1	11	1.000
Madde 48	0	0	1	11	1.000
Madde 49	0	1	0	11	0.916
KGİ	2	16	103	467	0.969

Kapsam geçerliği analizinde 12 uzman görüşü alındığı için her maddeye ait KGO değerinin 0.66'dan büyük olması istenmektedir (119). Yapılan hesaplamalarda tüm maddelere ait KGO değerlerinin 0.66'dan büyük olduğu hesaplandı. Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri havuzda kalan maddelerin KGO değerlerinin ortalamasıdır. Bu ortalama değer 0.67'den yüksek olması gerekmektedir (116). NDIÖ'nün toplam KGİ değeri 0.969 olarak hesaplandı. Hesaplanmış olan KGİ değeri $0.969 > 0.67$ olduğu için ölçek istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Bu nedenle kapsam geçerliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmadı.

Pilot Uygulama

Uzman görüşleri doğrultusunda revize edilen ölçek 23 kişilik pilot bir gruba uygulandı ve ifadelerin anlaşılabilirliği test edildi. Pilot uygulama yapılan 23 gebeye ait veriler örnekleme dahil edilmedi. Pilot uygulama sonrası gebeler tarafından anlaşılmayan herhangi bir madde olmadığı belirlendi.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, doğrudan ölçülemeyen bir özelliği kullanılan ölçüm aracının ölçme derecesi olarak ifade edilmektedir (116). Yapı geçerliği analizi, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Araştırmada AFA ve DFA uygulanmadan önce örneklem yeterliliğini ve verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri uygulandı.

Tablo 3.2. Gruplara Ait KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

	Grup 1 Total (n=737)	Grup 2 Primipar Gebe (n=335)	Grup 3 Multipar Gebe (n=408)
KMO	0.899	0.877	0.893
Bartlett Testi	8505.191	4132.421	4858.294
p	<0.001	<0.001	<0.001

Yapılan analizler sonucu ölçeğin Grup 1 için KMO değeri 0.899 olarak, Grup 2 için KMO değeri 0.877 olarak ve Grup 3 için KMO değeri 0.893 olarak bulundu. Bartlett testi sonuçları Grup 1 için $\chi^2=8505.191$, $p<0.001$, Grup 2 için $\chi^2=4132.421$, $p<0.001$ ve Grup 3 için $\chi^2=4858.294$, $p<0.001$ olarak saptandı. Test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$). Literatürde örneklem büyüklüğü için KMO değeri 0.50'nin altı kabul edilemez, 0.50-0.59 çok kötü, 0.60-0.69 kötü, 0.70-0.79 orta, 0.80 çok iyi, 0.90-1.00 mükemmel şeklinde değerlendirilmektedir. Ayrıca Bartlett test sonucu, χ^2 değeri ne kadar yüksekse başka bir deyişle p değeri 0.00'a ne kadar yakınsa veriler faktör analizine o kadar uygundur şeklinde yorumlanmaktadır (116, 120). Bu sonuçlar verilerin birbiri ile ilişki gösterdiğini ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 3.2).

Örneklem Grubunun Özellikleri

Bu bölümde araştırmanın birinci aşaması olan Normal Doğuma İnanç Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine yer verildi.

Tablo 3.3. NDİÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Gebelerin Gruplara Ait Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	Grup 1 (Total)		Grup 2 (Primipar Gebe)		Grup 3 (Multipar Gebe)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Yaş (Ort±SS)	29.09±4.859		26.87±4.218		30.81±4.501		
Gebelik Haftası (Ort±SS)	33.21±5.449		32.58±5.769		33.63±5.236		
Değişkenler	Gruplar	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim	İlkokul	95	12.9	11	3.3	85	20.8
	Ortaokul	129	17.5	43	12.8	87	21.3
	Lise	183	24.8	74	22.1	111	27.2
	Üniversite ve üzeri	330	44.8	207	61.8	125	30.7
Çalışma	Evet	208	28.2	131	39.1	77	18.9
	Hayır	529	71.8	204	60.9	331	81.1
Gelir Düzeyi	Düşük	68	9.2	23	6.9	44	10.8
	Orta	626	84.9	288	86.0	346	84.8
	Yüksek	43	5.9	24	7.1	18	4.4
Yaşadığı Yer	İl	591	80.2	294	87.8	299	73.3
	İlçe	109	14.8	33	9.9	76	18.6
	Köy	37	5.0	8	2.3	33	8.1
Aile Tipi	Çekirdek	656	89.0	308	91.9	352	86.3
	Geniş	81	11.0	27	8.1	56	13.7
Gebelik Sayısı	1	294	39.9	300	89.5	0	0.0
	2	223	30.3	30	9.0	196	48.0
	3	142	19.3	3	0.9	133	32.6
	4	56	7.6	2	0.6	59	14.5
	5	14	1.9	0	0.0	13	3.2
	6	4	0.5	0	0.0	4	1.0
	7	4	0.5	0	0.0	3	0.7
TOPLAM		737	100.0	335	100.0	408	100.0

Araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik aşamasına katılan Grup 1’de yer alan gebelerin yaş ortalaması 29.09 ± 4.859 ve gebelik haftası ortalamaları 33.21 ± 5.449 olarak saptandı. Bu grupta yer alan gebelerin %44.8’inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %71.8’inin çalışmadığı, %84.9’unun gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği, %80.2’sinin ilde yaşadığı ve %89’unun çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi. Grup 2’deki gebe grubunun yaş ortalaması 26.87 ± 4.218 , gebelik haftası ortalamaları 32.58 ± 5.769 olarak saptandı. Bu grupta yer alan gebelerin %61.8’inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %60.9’unun çalışmadığı, %86’sının gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği, %87.8’inin ilde yaşadığı ve %91.9’unun çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi. Grup 3’teki gebe grubunun yaş ortalaması 30.81 ± 4.501 ve gebelik haftası ortalamaları 33.63 ± 5.236 olarak saptandı. Bu grupta yer alan gebelerin %30.6’sının üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %81.1’inin çalışmadığı, %84.8’inin gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği, %73.3’ünün ilde yaşadığı ve %86.3’ünün çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi (Tablo 3.3).

Açıklayıcı Faktör Analizi

AFA, değişkenler arası ilişkiler sorgulanarak yeni bir yapı oluşturulması işlemi kullanılır (121). Başka bir deyişle AFA ölçüm aracının faktör sayılarının belirlenmesi işlemidir (122). Araştırmada kullanılan 49 maddelik ölçeğin geçerliği için her gruba ayrı ayrı AFA uygulandı. Grup 1 için toplam varyansın %7.714’ü duyarlılık alt boyutu, %10.030’u ciddiye alt boyutu, %11.671’i yarar alt boyutu, %15.456’sı engeller alt boyutu, %11.858’i öz-yeterlilik alt boyutu ve %8.656’sı sağlık motivasyonu alt boyutu ile açıklanmaktadır. Grup 1 için toplam varyansın açıklama yüzdesi %65.385 olarak bulundu (Tablo 3.4). Ayrıca, ölçeğin AFA sonucunda faktör yükü değerleri; duyarlılık alt boyutunda 0.453-0.853, ciddiye alt boyutunda 0.641-0.723, yarar alt boyutunda 0.631-0.754, engeller alt boyutunda 0.634-0.819, öz-yeterlilik alt boyutunda 0.496-0.801 ve sağlık motivasyonu alt boyutunda ise 0.564-0.784 arasında bulundu (Tablo 3.5).

Grup 2 için toplam varyansın %7.122’si duyarlılık alt boyutu, %6.635’i ciddiye alt boyutu, %11.234’ü yarar alt boyutu, %17.992’si engeller alt boyutu, %15.099’u öz-yeterlilik alt boyutu ve %7.851’i sağlık motivasyonu alt boyutu ile açıklanmaktadır. Grup 2 için toplam varyansın açıklama yüzdesi %65.933 olarak bulundu (Tablo 3.4). Ayrıca, ölçeğin AFA sonucunda faktör yükü değerleri; duyarlılık alt boyutunda 0.435-0.858, ciddiye alt boyutunda 0.667-0.770, yarar alt boyutunda 0.599-0.789, engeller alt boyutunda 0.626-0.817, öz-

yeterlilik alt boyutunda 0.565-0.813 ve sağlık motivasyonu alt boyutunda ise 0.585-0.711 arasında bulundu (Tablo 3.5).

Grup 3 için toplam varyansın %7.724'ü duyarlılık alt boyutu, %10.183'ü ciddiye alt boyutu, %10.555'i yarar alt boyutu, %15.748'i engeller alt boyutu, %12.111'i öz-yeterlilik alt boyutu ve %10.225'i sağlık motivasyonu alt boyutu ile açıklanmaktadır. Grup 3 için toplam varyansın açıklama yüzdesi %66.546 olarak bulundu (Tablo 3.4). Ayrıca, ölçeğin AFA sonucunda faktör yükü değerleri; duyarlılık alt boyutunda 0.573-0.816, ciddiye alt boyutunda 0.631-0.724, yarar alt boyutunda 0.446-0.766, engeller alt boyutunda 0.648-0.830, öz-yeterlilik alt boyutunda 0.493-0.826 ve sağlık motivasyonu alt boyutunda ise 0.714-0.760 arasında bulundu (Tablo 3.5).

Tablo 3.4. Gruplara Ait AFA Değerlerinin Dağılımı

	Grup 1 Total (n=737)	Grup 2 Primipar Gebe (n=335)	Grup 3 Multipar Gebe (n=408)
Algılanan Duyarlılık	7.714	7.122	7.724
Algılanan Ciddiyet	10.030	6.635	10.183
Algılanan Yarar	11.671	11.234	10.555
Algılanan Engeller	15.456	17.992	15.748
Algılanan Öz-yeterlilik	11.858	15.099	12.111
Sağlık Motivasyonu	8.656	7.851	10.225
TOPLAM	65.385	65.933	66.546

Literatürde ölçüm aracında yer alan maddelerin faktör yükü için alt değer 0.30-0.40 olarak belirtilmiştir (120, 121). AFA sonrası “1, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 28, 31, 34, 36, 37, 41, 44, 47 ve 49.” maddeler düşük faktör yükleri ve güven değerleri nedeni ile ölçekten çıkarıldı (<0,40). Böylece 24 madde ve 6 boyutlu “NDİÖ” elde edildi. Kalan 24 madde yeniden isimlendirilerek orijinal hali ile Tablo 3.5'teki gibi eşleştirildi. Literatürde açıklanan varyans yüzdesinin 0.50-0.70 arasında olması “yeterli” olarak kabul

edilmektedir (116). Bu sonuçlar AFA bulgularına göre açıklanan varyansın üç grup için de yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.5. NDİÖ Maddelerinin Yeni Numaralandırması ve AFA Faktör Yükleri

Orijinal	Maddeler	Yeni Madde No	Grup 1 Total	Grup 2 Primipar	Grup 3 Multipar
NDİÖ4	Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak benim için risklidir.	M1	0.805	0.797	0.790
NDİÖ5	Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak bebeğim için risklidir.	M2	0.853	0.858	0.816
NDİÖ6	Bir kere sezaryen ile doğum yaparsam sonraki doğumlarımda normal doğum yapma şansım azalır.	M3	0.453	0.435	0.573
NDİÖ8	Sezaryen doğumun istenmeyen olumsuz etkilerinden (ağrı, kanama, enf. vb.) korkuyorum.	M4	0.703	0.710	0.674
NDİÖ9	Normal doğum eylemi başladıktan sonra doğumumun herhangi bir sebepten dolayı sezaryen ile sonuçlanmasından korkuyorum.	M5	0.641	0.770	0.724
NDİÖ15	Normal doğum yapmadığımda bakımım ile ilgilecek başka birisine ihtiyaç duyabilirim.	M6	0.723	0.667	0.639
NDİÖ17	Normal doğum yapmadığımda doğum sonu hastanede kalış süremi uzayabileceğini düşünüyorum.	M7	0.703	0.706	0.631
NDİÖ23	Normal doğumda benim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.	M8	0.754	0.789	0.744
NDİÖ24	Normal doğumda bebeğim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.	M9	0.733	0.785	0.766
NDİÖ26	Normal doğum sonrası kendimde “başarı” duygusu hissederim.	M10	0.631	0.599	0.446
NDİÖ27	Normal doğumda sezaryen doğuma göre “doğum sayısına” ilişkin herhangi bir kısıtlama yaşamam.	M11	0.700	0.651	0.514
NDİÖ29	Normal doğum sürecinde alttan (hazneden) muayene yapılmasından korkuyorum.	M12	0.819	0.815	0.792
NDİÖ30	Normal doğum ortamını (doğum masası, aletler vb.) düşündüğümde gerginlik ve endişe yaşıyorum.	M13	0.816	0.782	0.813
NDİÖ32	Normal doğumda alttan kesi yapılmasından korkuyorum.	M14	0.802	0.811	0.830
NDİÖ33	Normal doğum sürecinin çok uzamasından korkuyorum.	M15	0.819	0.817	0.803

NDİÖ35	Normal doğuma gebeliğim süresince beni takip eden doktorun katılmama ihtimali beni endişelendiriyor.	M16	0.634	0.626	0.685
NDİÖ38	Normal doğumda doğum yapacağım tarihin belirsiz olması beni endişelendiriyor.	M17	0.667	0.638	0.648
NDİÖ39	Bedenimin normal doğum için uygun olduğunu düşünüyorum.	M18	0.798	0.743	0.819
NDİÖ40	Doğum sancıları ile baş edebileceğimi düşünüyorum.	M19	0.795	0.805	0.806
NDİÖ42	Normal doğumu başarabileceğimi düşünüyorum.	M20	0.801	0.813	0.826
NDİÖ43	Normal doğuma yönelik bilgiye gereksinim duyduğumda sağlık profesyonellerine (ebe, doktor) nasıl ulaşabileceğimi biliyorum.	M21	0.496	0.565	0.493
NDİÖ45	Doğum öncesi gebelik sürecine yönelik bir eğitim (gebe okulu, gebe sınıfı) alırsam normal doğum yapma şansım artar.	M22	0.784	0.594	0.760
NDİÖ46	Doğum öncesi gebelik izlemlerimi düzenli yaptırmak normal doğum sürecinde karşılaşılabileceğim sağlık risklerini azaltır.	M23	0.702	0.711	0.739
NDİÖ48	Etrafımdakilerin (aile/arkadaşlar) normal doğuma yönelik olumlu deneyim ve tavsiyeleri beni karar verme noktasında cesaretlendirir.	M24	0.564	0.585	0.714

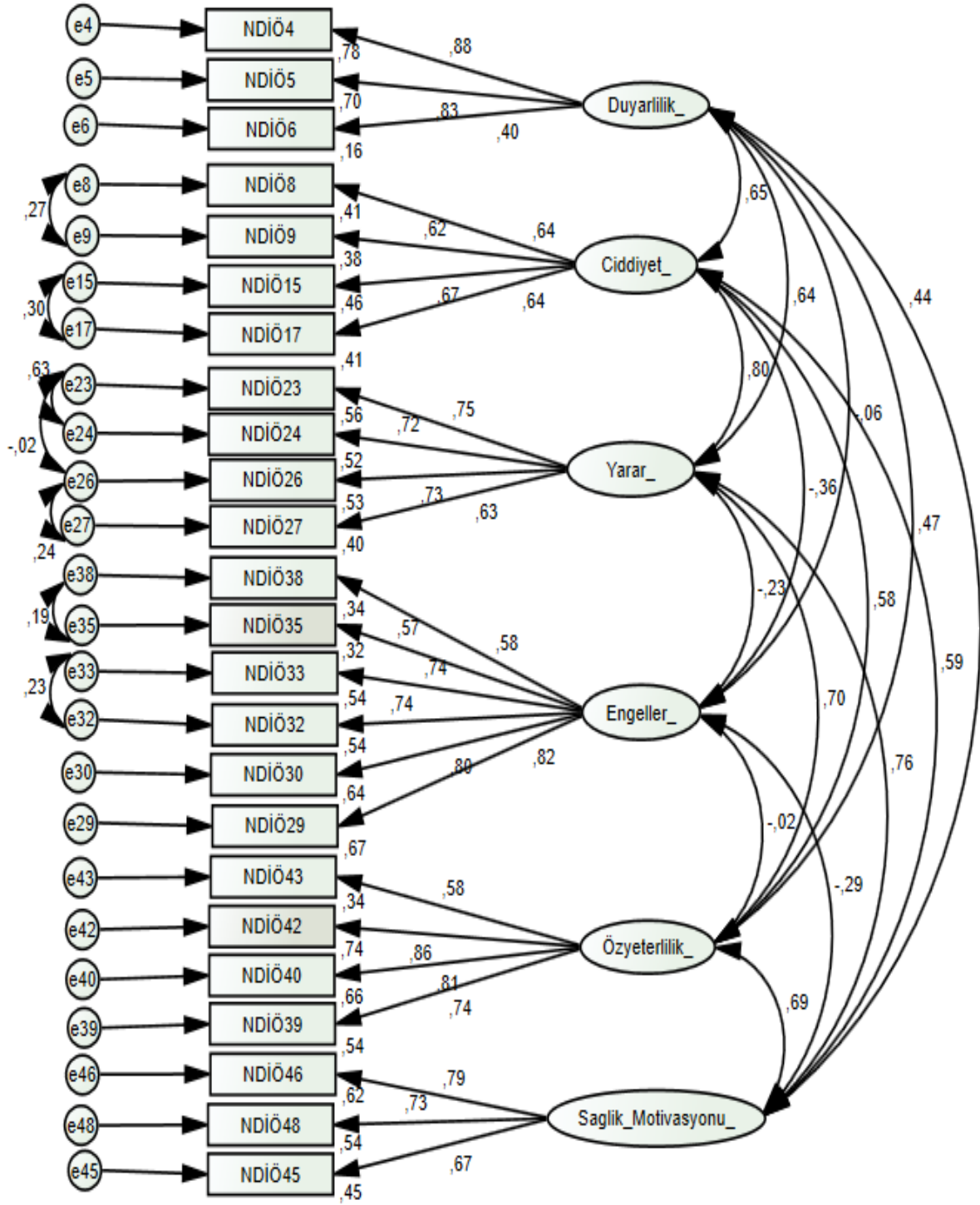
Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçek geliştirme çalışmalarında AFA ile elde edilen boyutlar DFA ile kontrol edilmektedir (123). Bu bilgi doğrultusunda araştırmada AFA sonucu elde edilen ölçeğe DFA uygulanarak boyutların doğruluğu kontrol edildi. Araştırma sonucunda elde edilen faktörler ile kurulan modelin doğrulanıp doğrulanmadığını birden fazla uyum indeksi ile gösteren yapısal eşitlik modellemesinde tek bir uyum indeksi yerine tüm indeksler bir arada değerlendirmektedir (124, 125). Elde edilen uyum indeksleri ile ölçüm aracının temel modele uyum gösterip göstermediğine karar verilir (126).

Tablo 3.6. Gruplara Ait DFA Sonuçları

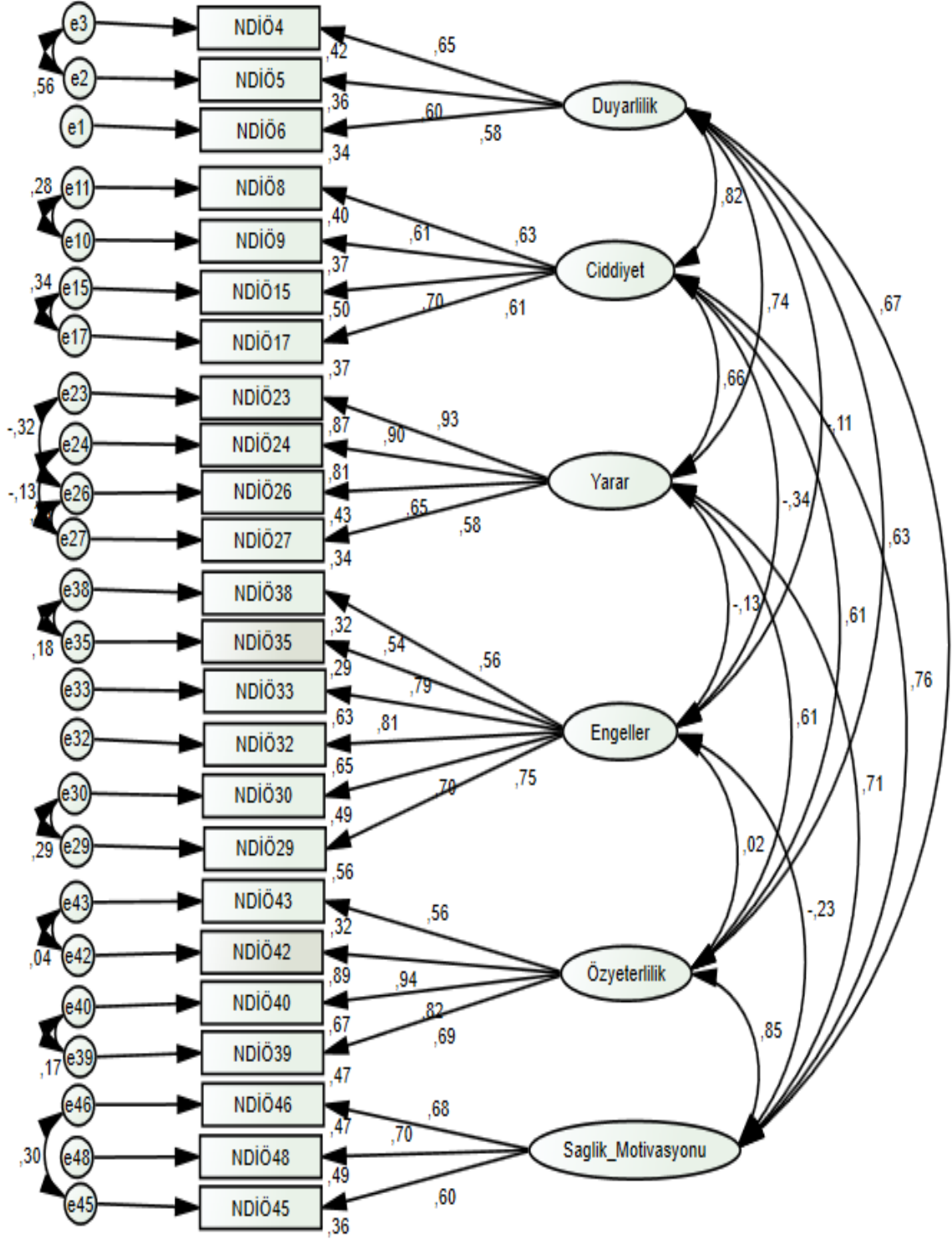
Gruplar	İndeksler					Açıklama	
	X ² /Sd (Ki-kare/Serbestlik derecesi)	GFI (Uyum iyiliği indeksi)	AGFI (Düzenlenmiş iyilik uyum indeksi)	CFI (Karşılaştırma uyum indeksi)	RMSEA (Yaklaşık hataların ortalaması karekökü)		SRMR (Standardize ortalaması hataların karekökü)
Grup 1 Total (n=737)	2.290	0.943	0.926	0.964	0.042	0.0471	Grup 1 için DFA uyum indeksi değerleri; χ^2 /Sd 3.674, RMSEA 0.060, SRMR 0.0582, GFI 0.904, AGFI 0.878 ve CFI 0.924 bulundu Yapılan değerlendirmede ilk hazırlanan modelden elde edilen uyum iyiliği indeksleri açısından istenilen sonuç elde edilemedi. Bu nedenle modele ait modifikasyon indeksleri incelendiğinde en yüksek değere sahip ikili artık terimlerin e8-e9, e15-e17, e23-e24, e23-e26, e26-e27, e32-e33 ve e35-e38 oldukları bulundu. Bu ikili artık terimler arasında kovaryans çizilerek yeniden model oluşturulup hesaplamalar yapıldı.
Grup 2 Primipar Gebe (n=335)	1.934	0.907	0.877	0.947	0.053	0.0610	Grup 2 için DFA uyum indeksi değerleri; χ^2 /Sd 2.723, RMSEA 0.0668, SRMR 0.0720, GFI 0.861, AGFI 0.825 ve CFI 0.897 bulundu Yapılan değerlendirmede ilk hazırlanan modelden elde edilen uyum iyiliği indeksleri açısından istenilen sonuç elde edilemedi. Bu nedenle modele ait modifikasyon indeksleri incelendiğinde en yüksek değere sahip ikili artık terimlerin e2-e3, e10-e11, e15-e17, e23-e26, e24-e27, e26-e27, e29-e30, e35-e38, e39-e40, e42-e43 ve e45-e46 oldukları bulundu. Bu ikili artık terimler arasında kovaryans çizilerek yeniden model oluşturulup hesaplamalar yapıldı.
Grup 3 Multipar Gebe (n=408)	1.832	0.919	0.894	0.959	0.045	0.0537	Grup 3 için uyum indeksi değerleri; χ^2 /Sd 2.846, RMSEA 0.067, GFI 0.870, AGFI 0.835 ve CFI 0.907 bulundu Yapılan değerlendirmede ilk hazırlanan modelden elde edilen uyum iyiliği indeksleri açısından istenilen sonuç elde edilemedi. Bu nedenle modele ait modifikasyon indeksleri incelendiğinde en yüksek değere sahip ikili artık terimlerin e8-e9, e15-e17, e23-e24, e23-e26, e26-e27 ve e29-e30 oldukları bulundu. Bu ikili artık terimler arasında kovaryans çizilerek yeniden model oluşturulup hesaplamalar yapıldı.
İyi Uyum	0 < X ² /Sd < 2	> 0.95	> 0.95	> 0.95	< 0.05	< 0.05	
Kabul Edilebilir Uyum	2 < X ² /Sd < 3	> 0.90	> 0.85	> 0.90	< 0.08	< 0.08	Her üç grup içinde hesaplanan uyum iyiliği indeksleri istenilen aralıkta olup, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tabloya göre yapılan değişiklik sonrası Grup 1 için DFA uyum indeksi değerleri χ^2/Sd 2.290, RMSEA 0.042, SRMR 0.0471, GFI 0.943, AGFI 0.926 ve CFI 0.964 olarak bulundu (Tablo 3.6). Grup 1 için NDIÖ maddelerine ilişkin ikinci DFA modeli sonrası elde edilen faktör yapısı Şekil 3.3'te PATH diyagramı halinde sunulmaktadır.



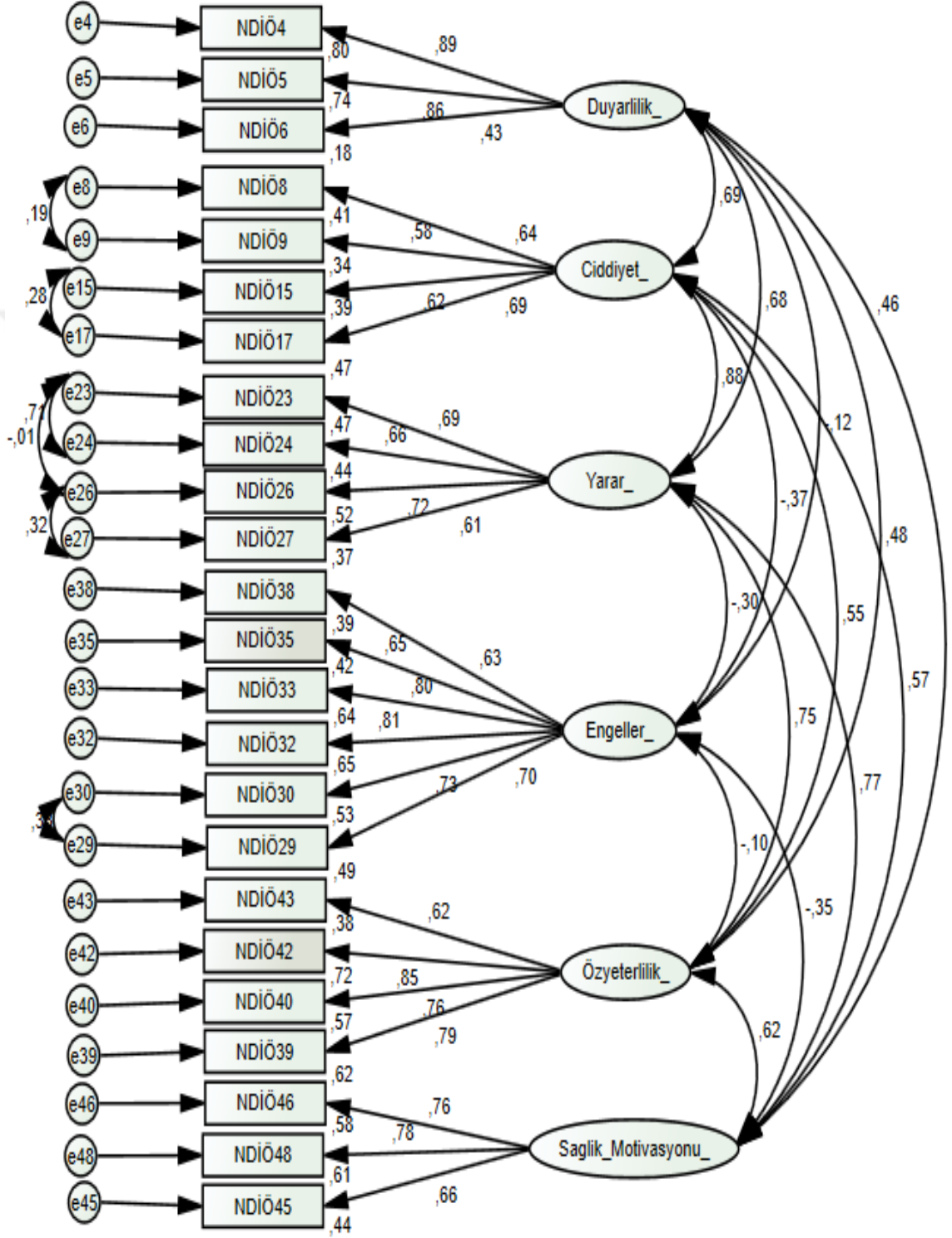
Şekil 3.3. Grup 1 için NDIÖ maddelerine ilişkin DFA sonucunda elde edilen faktör yapısı

Tabloya göre yapılan değişiklik sonrası Grup 2 için DFA uyum indeksi değerleri χ^2/Sd 1.934, RMSEA 0.053, SRMR 0.0610, GFI 0.907, AGFI 0.877 ve CFI 0.947 olarak bulundu (Tablo 3.6). İkinci DFA modeli sonrası Şekil 3.4'te Grup 2 için NDIÖ maddelerine ilişkin diyagram gösterilmektedir.



Şekil 3.4. Grup 2 için NDIÖ maddelerine ilişkin DFA sonucunda elde edilen faktör yapısı

Tabloya göre yapılan değişiklik sonrası Grup 3 için DFA uyum indeksi değerleri χ^2/Sd 1.837, RMSEA 0.045, SRMR 0.0537, GFI 0.919, AGFI 0.894 ve CFI 0.959 olarak bulundu (Tablo 3.6). İkinci DFA modeli sonrası Şekil 3.5'te Grup 3 için NDIÖ maddelerine ilişkin diyagram gösterilmektedir.



Şekil 3.5. Grup 3 için NDIÖ maddelerine ilişkin DFA sonucunda elde edilen faktör yapısı

Literatürü incelediğimizde uyum indekslerinin istenen ve kabul edilebilir değer aralıkları χ^2/Sd 0-3, CFI ve GFI 0.90-0.95, AGFI 0.85-0.95, RMSEA ve SRMR 0.5-0.8 şeklindedir (122, 126) (Tablo 3.6). Tüm gruplar için ayrı ayrı yapılan DFA analizleri sonucunda elde edilen bulgular NDİÖ uyum indekslerinin 3 grup için de uygun değer aralığında olduğunu ve ölçeğin yapı geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

3.5.2. Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrar edilen ölçümlerden elde edilen sonuçların tutarlılığının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (117). NDİÖ güvenirlüğünün değerlendirilmesi amacı ile iç tutarlılık (madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alpha (α) katsayısı) ve test-tekrar test analizleri kullanıldı.

İç Tutarlılık Analizleri

Grup 1’de ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach α güvenilirlik analizi sonucunda NDİÖ alt boyutları iç tutarlılık katsayıları 0.724-0.863 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.837 olarak hesaplandı. Ölçeğin alt boyutlarındaki madde toplam korelasyon katsayıları algılanan duyarlılık alt boyutu için 0.823-0.834, algılanan ciddiyet alt boyutu için 0.827-0.830, algılanan yarar alt boyutu için 0.822-0.828, algılanan engeller alt boyutu için 0.840-0.846, algılanan öz-yeterlilik alt boyutu için 0.821-0.827 ve sağlık motivasyonu alt boyutu için 0.826-0.831 arasında bulundu. Grup 2’de ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach α güvenilirlik analizi sonucunda NDİÖ alt boyutları iç tutarlılık katsayıları 0.734-0.851 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.852 olarak hesaplandı. Ölçeğin alt boyutlarındaki madde toplam korelasyon katsayıları algılanan duyarlılık alt boyutu için 0.840-0.848, algılanan ciddiyet alt boyutu için 0.842-0.848, algılanan yarar alt boyutu için 0.839-0.843, algılanan engeller alt boyutu için 0.855-0.860, algılanan öz-yeterlilik alt boyutu için 0.835-0.844 ve sağlık motivasyonu alt boyutu için 0.842-0.844 arasında bulundu. Grup 3’te ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach α güvenilirlik analizi sonucunda NDİÖ alt boyutları iç tutarlılık katsayıları 0.750-0.867 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.832 olarak hesaplandı. Ölçeğin alt boyutlarındaki madde toplam korelasyon katsayıları algılanan duyarlılık alt boyutu için 0.817-0.828, algılanan ciddiyet alt boyutu için 0.822-0.826, algılanan yarar alt boyutu için 0.816-0.821, algılanan engeller alt boyutu için 0.838-0.843, algılanan öz-yeterlilik alt boyutu için 0.816-0.820 ve sağlık motivasyonu alt boyutu için 0.821-0.826 arasında bulundu (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. NDIÖ ve Alt Boyutlarının Ölçek Maddeleri, Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Madde Silinirse Cronbach Alpha Değerleri

Boyutlar	Madde	Grup 1 Total (n=737)				Grup 2 Primpapar gebe (n=335)				Grup 3 Multipar gebe (n=408)			
		Ort±ss	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinince Cronbach alpha	Cronbach alpha	Ort±ss	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinince Cronbach alpha	Cronbach alpha	Ort±ss	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinince Cronbach alpha	Cronbach alpha
Duyarlılık	Madde 4	3.7±1.245	0.823	0.568	0.724	3.8±1.29	0.840	0.583	0.734	3.7±1.259	0.817	0.586	
	Madde 5	3.5±1.26	0.825	0.532	0.724	3.5±1.273	0.841	0.540	0.734	3.4±1.262	0.818	0.556	0.750
	Madde 6	3.7±1.28	0.834	0.309		3.5±1.369	0.848	0.355		3.8±1.256	0.828	0.319	
Ciddiyet	Madde 8	3.6±1.27	0.829	0.425		3.8±1.248	0.846	0.401		3.5±1.285	0.822	0.461	
	Madde 9	3.6±1.266	0.830	0.414	0.776	3.7±1.28	0.848	0.365	0.772	3.5±1.275	0.822	0.466	0.764
	Madde 15	4±1.138	0.830	0.417		4±1.176	0.844	0.486		4.1±1.122	0.826	0.370	
Yarar	Madde 17	3.7±1.218	0.827	0.488		3.7±1.223	0.842	0.524		3.7±1.236	0.822	0.458	
	Madde 23	3.9±1.122	0.822	0.634		3.9±1.122	0.839	0.629		3.9±1.157	0.816	0.632	
	Madde 24	3.8±1.114	0.822	0.631	0.838	3.8±1.124	0.839	0.626	0.843	3.8±1.152	0.817	0.612	0.829
Engeller	Madde 26	3.9±1.22	0.825	0.535		4±1.221	0.841	0.546		3.9±1.252	0.818	0.560	
	Madde 27	3.9±1.157	0.828	0.474		3.8±1.168	0.843	0.494		3.9±1.187	0.821	0.491	
	Madde 29	2.3±1.334	0.843	0.385		2.3±1.34	0.857	0.318		2.3±1.34	0.839	0.369	
Öz-yeterlilik	Madde 30	2.3±1.3	0.840	0.457		2.4±1.369	0.855	0.282		2.3±1.272	0.838	0.566	
	Madde 32	2.1±1.238	0.844	0.550		2±1.239	0.858	0.458		2.2±1.231	0.838	0.669	0.867
	Madde 33	2.2±1.24	0.843	0.482	0.863	2.2±1.27	0.856	0.339	0.851	2.2±1.245	0.839	0.434	
Sağlık Motivasyonu	Madde 35	2.3±1.328	0.845	0.356		2.3±1.356	0.860	0.238		2.3±1.344	0.841	0.323	
	Madde 38	2.5±1.331	0.846	0.322		2.5±1.392	0.859	0.463		2.5±1.326	0.843	0.429	
	Madde 39	3.8±1.167	0.826	0.524		4±1.115	0.842	0.552		3.7±1.267	0.818	0.549	
TOPLAM Cronbach alpha	Madde 40	3.6±1.177	0.823	0.598	0.828	3.7±1.164	0.839	0.630	0.833	3.6±1.224	0.819	0.529	0.846
	Madde 42	3.7±1.177	0.821	0.649		3.8±1.148	0.835	0.735		3.6±1.246	0.816	0.614	
	Madde 43	3.8±1.207	0.827	0.473		3.8±1.274	0.844	0.479		3.7±1.202	0.820	0.528	
TOPLAM Cronbach alpha	Madde 45	3.7±1.209	0.831	0.390		3.7±1.252	0.844	0.461		3.6±1.184	0.826	0.373	
	Madde 46	4.1±1.009	0.829	0.460	0.769	4.2±1.028	0.843	0.524	0.737	4.1±1.051	0.824	0.425	0.778
	Madde 48	4±1.118	0.826	0.514		3.9±1.174	0.842	0.536		3.9±1.173	0.821	0.494	
TOPLAM Cronbach alpha		0.837				0.852				0.832			

Literatürde Cronbach alpha katsayısı 0.00-0.39 ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0.59 ise ölçek düşük güvenilirlikte, 0.60-0.79 ise ölçek oldukça güvenilir, 0.80-1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir şekilde değerlendirilmektedir (120). Bu sonuçlar 3 grup için de NDİÖ'nün yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Madde toplam puan korelasyonunun negatif ve 0.20'den düşük olduğu durumlarda ilgili maddenin ölçüm aracından çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (120, 127). Ölçekte yer alan her madde pozitif ve 0.20'den büyük olması sebebi ile hiçbir madde ölçüm aracından çıkarılmayıp tüm maddelerin madde toplam korelasyonları yeterli düzeyde bulundu.

Test-Tekrar Test Analizi

Test-tekrar test güvenilirliği bir ölçüm aracının zamana karşı değişmezlik gösterebilme gücüdür (128). Farklı zamanlarda yapılan ölçümler arasındaki benzerlik ölçme aracının tutarlı olduğunu gösterir (129) Literatürde test-tekrar test uygulaması için zaman aralığının iki haftadan az dört haftadan fazla olmaması önerilmektedir (128, 130). İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri arasındaki korelasyon katsayısı ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (117).

Tablo 3.8. Gruplara Ait NDİÖ Test-Tekrar Test Değerlerinin Dağılımı

	Grup 1 Total (n=83)		Grup 2 Primipar Gebe (n=30)		Grup 3 Multipar Gebe (n=43)	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Duyarlılık	0.784	0.031*	0.893	0.026*	0.828	0.031*
Ciddiyet	0.853	0.014*	0.984	0.034*	0.889	0.020*
Yarar	1.000	0.001*	1.000	0.001*	1.000**	0.000**
Engeller	0.938	0.009*	0.865	0.025*	0.742	0.046*
Öz-yeterlilik	0.783	0.006*	0.877	0.029*	0.823	0.027*
Sağlık Motivasyonu	0.892	0.035*	0.862	0.041*	0.862	0.038*
TOPLAM	0.827	0.001*	0.997	0.001*	0.935	0.004*

*p<0.05, **p<0.001

Ölçeğin tüm gruplar için zamana göre değişmezliği test-tekrar test korelasyonu ile hesaplandı. Ölçeğin test-tekrar test analizi için Grup 1'de 83, Grup 2'de 30 ve Grup 3'te 43 gebeye 15 gün sonra aynı ölçek tekrar uygulandı. Grup 1 için NDİÖ test-tekrar test sonuçları

arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerlerinin 0.783–1.000 arasında değiştiği, Grup 2 için NDİÖ test-tekrar test sonuçları arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerlerinin 0.862–1.000 arasında değiştiği Grup 3 için NDİÖ test-tekrar test sonuçları arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerlerinin 0.742–1.000 arasında değiştiği bulundu. . Literatürde ilişki gücü (r) için 0,00-0,49 arası zayıf, 0,50-0,69 arası orta, 0,70-1,00 arası güçlü olarak kabul edilmektedir (131). Sonuç olarak, tüm gruplar için NDİÖ toplam ve tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak olumlu yönde ve güçlü ilişki bulundu. ($p<0.05$) (Tablo 3.8). Bu araştırmada iki ölçüm arasında yeterli zaman bulunması ve bu sürede uyumun değişmemesi nedeniyle NDİÖ'nün tutarlı bir ölçek olduğu belirlendi.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın birinci aşamasında veriler Kasım 2019 - Nisan 2020 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edildi. Veriler Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde basit rastgele örnekleme yöntemi ile hesaplanan örneklem sayısına ulaşıncaya kadar hafta içi beş gün 08:00-16:00 saatleri arasında toplandı. Yapılan görüşmeler ortalama 10-15 dakika sürdü (Şekil 3.6).

Araştırmanın ikinci aşamasında veriler Nisan–Kasım 2020 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerine kayıt yaptıran gebelere ulaşılarak ve araştırmacının kendisi tarafından mobil iletişim aracı kullanılarak toplandı. Deney ve kontrol grubuna alınan kadınlar ile yapılan ilk görüşmede araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onam (EK-4, EK-5) alındıktan sonra "Gebe Tanıtım Formu" ve "NDİÖ" kullanılarak ön test verileri dolduruldu. İlk görüşmeden 15 gün sonra her iki gruba "NDİÖ" uygulanarak son test verileri elde edildi (Şekil 3.6).

Ebelik Girişimi

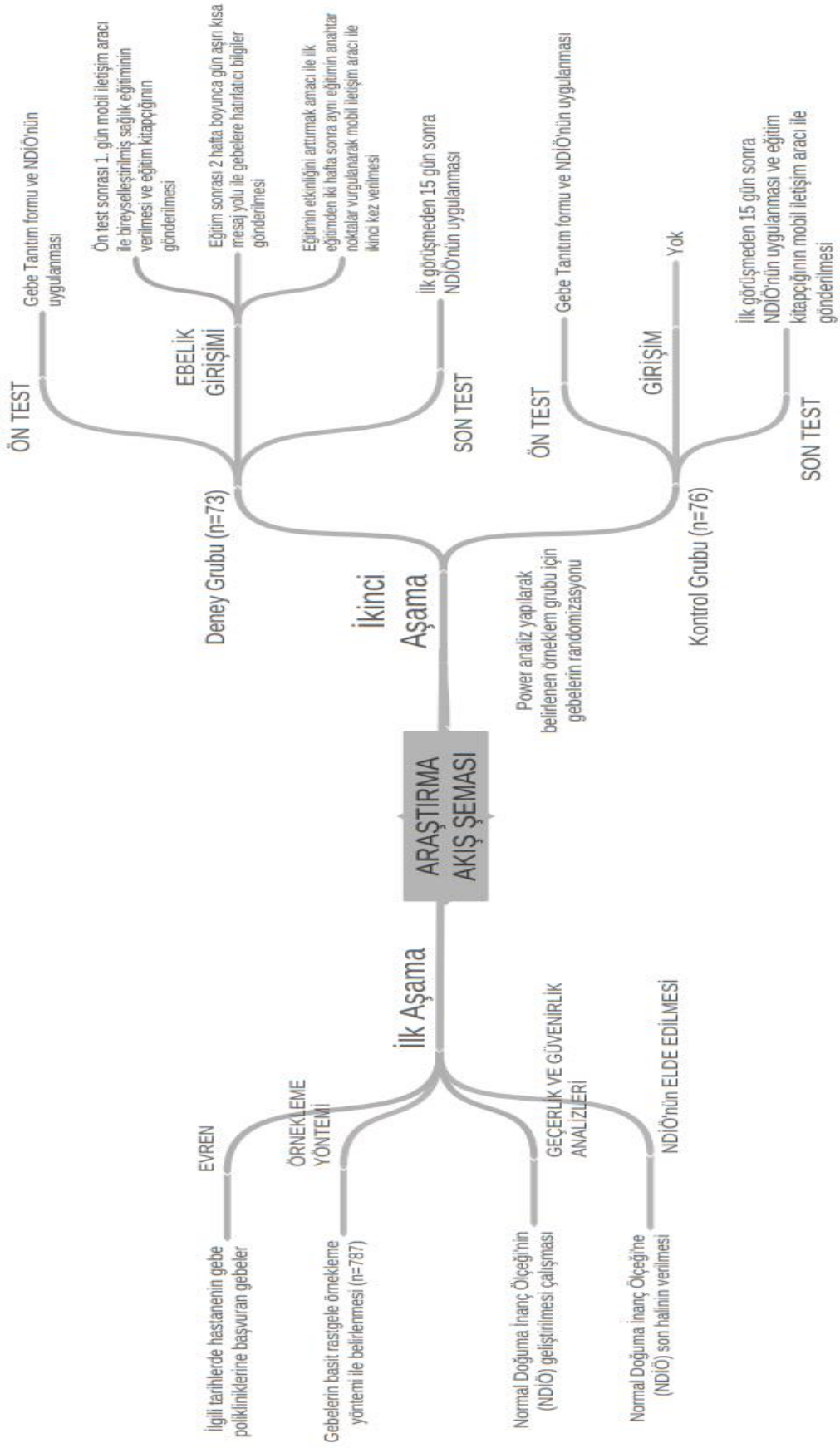
Ön test uygulaması sonrası deney grubunda yer alan gebelere 15 gün boyunca SİM doğrultusunda hazırlanan eğitim programı uygulandı. Eğitimler alanında uzman ebe (E.İ.A) tarafından gerçekleştirildi. 15 günlük eğitim boyunca katılımcılara 7/24 eğitimciye ulaşılabilme imkanı sağlandı. Eğitimlerde araştırmacılar tarafından SİM doğrultusunda hazırlanan "Normal Doğuma Yönelik Gebe Eğitim Kitapçığı" (EK-11) rehber olarak kullanıldı. Eğitimler mobil iletişim aracı kullanılarak 2 kez telefon görüşmesi ve 6 kez kısa mesaj olmak üzere toplamda 8 oturum şeklinde gerçekleştirildi. Sağlık inanç modeli doğrultusunda hazırlanan normal

doğuma yönelik mobil eğitimin içeriğinde; algılanan duyarlılık alt boyutunda doğum ve doğum şekilleri, algılanan ciddiyet alt boyutunda sezaryen doğumun anneye ve yenidoğana yönelik olumsuz etkileri, algılanan yarar alt boyutunda normal doğumun anne ve yenidoğan sağlığı açısından yararları, algılanan engeller alt boyutunda normal doğuma yönelik karşılaşılabilecek engeller, algılanan öz-yeterlilik alt boyutunda doğum ağrıları ile ilaçsız baş etme yöntemleri, doğumda vajinal yırtık oluşumu ve kesi yapılma ihtiyacını azaltabilecek uygulamalar, egzersizler, sağlık motivasyonu alt boyutunda doğum öncesi takiplerin ve doğuma hazırlık sınıflarının önemi, anne dostu hastanelerin özellikleri konularına yer verildi. Ön test uygulaması sırasında kullanılan NDiÖ ile saptanan SİM bileşenleri puan ortalamaları doğrultusunda gebelerin gereksinimleri belirlendi. Böylece standart olarak hazırlanan eğitim içerikleri her gebe için gereksinimleri doğrultusunda bireyselleştirildi. Bireyselleştirilmiş eğitim ön test sonrası 1. günde yaklaşık 20-25 dk süre ile gerçekleştirildi. Gebelerin eğitimlerine gün aşırı kısa mesaj yolu ile hatırlatıcı bilgiler gönderilerek devam edildi (EK-10). Kısa mesajların içeriği SİM doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılarak oluşturuldu ve her kısa mesajda bir alt boyuta ait hatırlatıcı bilgiler gönderildi. İlk eğitimden 2 hafta sonra anahtar noktalar vurgulanarak aynı eğitim 10-15 dk süre ile özet eğitim şeklinde tekrar verildi. İlk görüşmeden 15 gün sonra NDiÖ uygulanarak verilen eğitimin etkinliği değerlendirildi.

Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmadı. Araştırmanın eşitlik ilkesi doğrultusunda kontrol grubuna son test uygulaması sonrası mobil iletişim aracı kullanılarak eğitim kitapçığı gönderildi. Araştırmaya ait akış şeması Şekil 3.6'da verilmiştir.

3.6.1. Girişim Materyali

Araştırmacı tarafından SİM doğrultusunda “Normal Doğuma Yönelik Gebe Eğitim Kitapçığı” hazırlandı. Geliştirilen eğitim kitapçığı 3 uzman tarafından değerlendirildi ve son hali verildi. Bu kitapçık gebelere verilen sağlık eğitiminde rehber olarak kullanıldı. Normal Doğuma Yönelik Gebe Eğitim Kitapçığında, doğum ve doğum şekilleri, sezaryen doğumun uygulandığı durumlar, sezaryen doğumun anne ve yenidoğan için riskleri ve komplikasyonları, normal doğumun anne ve yenidoğan için yararları, normal doğuma yönelik karşılaşılabilecek engeller, olası engelleri aşmaya yönelik çözüm önerileri, normal doğuma yönelik öz-yeterlilik algısını arttırıcı uygulamalar ve normal doğumu motive edici sağlık davranışları yer almaktadır (EK-11).



Şekil 3.6. Araştırma akış şeması

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Gebelere SİM doğrultusunda verilen yapılandırılmış sağlık eğitimi,

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Gebelerin “Normal Doğuma İnanç Ölçeği” puan ortalamaları,

Araştırmanın kontrol değişkenleri: Gebelerin tanıtıcı (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, aile tipi vb.) ve obstetrik (gebelik haftası, gebeliği isteme durumu, doğum şekline yönelik düşüncesi vb.) özellikleri kabul edildi.

Tablo 3.9. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Tanıtıcı Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney (n=73)		Kontrol (n=76)		Test ve p Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	2	2.7	-	-	X ² =2.513 p=0.473
Ortaokul	7	9.6	6	7.9	
Lise	14	19.2	13	17.1	
Üniversite ve üzeri	50	68.5	57	75.0	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	32	43.8	38	50.0	X ² =0.568 p=0.451
Çalışıyor	41	56.2	38	50.0	
Eş Eğitim Düzeyi					
İlkokul	5	6.8	2	2.6	X ² =1.876 p=0.599
Ortaokul	5	6.8	4	5.3	
Lise	21	28.8	21	27.6	
Üniversite ve üzeri	42	57.5	49	64.5	
Gelir Düzeyi					
Düşük	10	13.7	8	10.5	X ² =2.533 P=0.282
Orta	56	76.7	54	71.1	
Yüksek	7	9.6	14	18.4	
Yaşadığı Yer					
İl	56	76.7	65	85.5	X ² =1.896 p=0.169
İlçe	17	23.3	11	14.5	
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	70	95.9	69	90.8	X ² =1.547 p=0.214
Geniş Aile	3	4.1	7	9.2	
	Ort±SS		Ort±SS		
Yaş (yıl)	26.48±3.80		27.50±4.12		t=-1.568 p=0.119
Eş Yaş (yıl)	29.93±4.39		30.04±3.88		t=-0.159 p=0.874

X²=Ki-kare testi t= Bağımsız gruplarda t testi SS=Standart Sapma

Tablo 3.9’da deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin tanıtıcı kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması verildi. Yapılan değerlendirmede gebeler yaş, eş yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve aile tipi gibi tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$) ve tanıtıcı özellikler açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu belirlendi.

Tablo 3.10. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Obstetrik Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Deney (n=73)		Kontrol (n=76)		Test ve p Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Düşük/Küretaj Öyküsü					
Var	8	11.0	12	15.8	$X^2=0.748$
Yok	65	89.0	64	84.2	$p=0.387$
Planlı Gebelik Olma Durumu					
Evet	59	80.8	67	88.2	$X^2=1.535$
Hayır	14	19.2	9	11.8	$p=0.215$
İstenen Gebelik Olma Durumu					
Evet	71	97.3	75	98.7	$X^2=0.383$
Hayır	2	2.7	1	1.3	$p=0.536$
Doğum şeklinize yönelik düşünceniz					
Normal Doğum	51	69.9	49	64.5	
Sezaryen Doğum	8	11.0	12	15.8	$X^2=0.814$
Kararsızım	14	19.2	15	19.7	$p=0.666$
Gebelik takiplerinin yapıldığı yer					
ASM	-	-	1	1.3	
Devlet Hastanesi	24	32.9	15	19.7	$X^2=6.171$
Üniversite Hastanesi	1	1.4	1	1.3	$p=0.187$
Özel Hastane	47	64.4	54	71.1	
Özel Muayenehane	1	1.4	5	6.6	
Doğuma Yönelik Bilgi Alma Durumu					
Evet	50	68.5	55	82.9	$X^2=0.269$
Hayır	23	31.5	21	17.1	$p=0.604$
		Ort±SS	Ort±SS		
Gebelik Süresi (hafta)		28.90±5.11		28.17±5.85	$t=0.813$ $p=0.418$

X^2 =Ki-kare testi t = Bağımsız gruplarda t testi SS=Standart Sapma

Tablo 3.10’da deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması verildi. Yapılan değerlendirmede gebeler gebelik süresi, düşük/küretaj öyküsü, planlı ve istenen gebeliğe sahip olma durumu, doğum şekline yönelik düşüncesi, gebelik takiplerinin yapıldığı yer ve doğuma yönelik bilgi alma durumu gibi obstetrik özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$) ve obstetrik özellikler açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu belirlendi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) for Windows 25.0 istatistik paket programı ve “Analysis of Moment Structures” (AMOS) 22.0 programı aracılığı ile yapıldı. Sonuçlar yorumlanırken %95 güven aralığı ve $p<0.05$ yanılgi düzeyi istatistiksel olarak önemli kabul edildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Verilerin normal dağıldığı görüldü. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.11 ve Tablo 3.12’de verildi.

Tablo 3.11. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler (1. Aşama)

Özellik	Kullanılan Teknikler
1. AŞAMA	
Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı	Sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma
Ölçeğin geçerlik analizi	
<ul style="list-style-type: none"> Dil geçerliğı ve kapsam geçerliğı 	Uzman görüşü <ul style="list-style-type: none"> Aritmetik ortalama, Kapsam geçerlik analizi (KGO, KGİ) Pilot uygulama (n=23)
<ul style="list-style-type: none"> Yapı geçerliğı 	Örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğu; <ul style="list-style-type: none"> Kaiser-mayer-olkin indeksi Barlett testi Açıklayıcı faktör analizi Doğrulayıcı faktör analizi
Ölçeğin güvenilirlik analizi	
<ul style="list-style-type: none"> İç tutarlığının belirlenmesi 	Madde toplam puan korelasyonu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Test tekrar test analizi

Tablo 3.12. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler (2. Aşama)

Özellik	Kullanılan Teknikler
<ul style="list-style-type: none">Gebelerin (deney ve kontrol) tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile NDIÖ maddelerine verdikleri yanıtlar ve ölçeğe ilişkin bulguların analizi	Sayı, yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma
<ul style="list-style-type: none">Verilerin normal dağılıma uygunluğunun test edilmesi	Kolmogorov Smirnov testi
<ul style="list-style-type: none">Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	Ki kare testi, Bağımsız gruplarda t testi
<ul style="list-style-type: none">Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi
<ul style="list-style-type: none">Deney ve kontrol gruplarının grup içi eğitim öncesi ve sonrası ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımlı gruplarda t testi

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (Karar No: 2019/423) (EK-2). Araştırmanın yürütülebilmesi için Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden ve ilgili kurumdan yazılı izin alındı (EK-3). Ayrıca araştırmaya başlamadan önce, tüm gebelere bilgilendirilmiş olur formu Google Forms yöntemi ile uygulandı. Ayrıca "Eşitlik" ilkesi doğrultusunda herhangi bir girişim yapılmayan kontrol grubundaki katılımcılara son test uygulandıktan sonra "Normal Doğuma Yönelik Gebe Eğitim Kitapçığı" gönderildi.

4. BULGULAR

Nullipar gebelere SİM doğrultusunda verilen mobil eğitimin etkinliğini değerlendiren bulgular bu bölümde verildi.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Deney (n=73)		Kontrol (n=76)	
	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	2	2.7	-	-
Ortaokul	7	9.6	6	7.9
Lise	14	19.2	13	17.1
Üniversite ve üzeri	50	68.5	57	75.0
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	32	43.8	38	50.0
Çalışıyor	41	56.2	38	50.0
Eş Eğitim Düzeyi				
İlkokul	5	6.8	2	2.6
Ortaokul	5	6.8	4	5.3
Lise	21	28.8	21	27.6
Üniversite ve üzeri	42	57.5	49	64.5
Gelir Düzeyi				
Düşük	10	13.7	8	10.5
Orta	56	76.7	54	71.1
Yüksek	7	9.6	14	18.4
Yaşadığı Yer				
İl	56	76.7	65	85.5
İlçe	17	23.3	11	14.5
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	70	95.9	69	90.8
Geniş Aile	3	4.1	7	9.2
	Ort±SS	Ort±SS		
Yaş (yıl)	26.48±3.80	27.50±4.12		
Eş Yaş (yıl)	29.93±4.39	30.04±3.88		

SS=Standart Sapma

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verildi. Deney grubunda yer alan gebelerin yaş ortalaması 26.48 ± 3.80 , eşlerinin yaş ortalaması 29.93 ± 4.39 ’dur. Deney grubunda yer alan gebelerin %68.5’inin eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olduğu, %56.2’sinin çalıştığı, %57.5’inin eş eğitim düzeyini üniversite ve üzeri olarak bildirdiği, %76.7’sinin gelir düzeyini orta düzeyde olarak ifade ettiği, %76.7’sinin il merkezinde yaşadığı ve %95.9’unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi. Kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş ortalaması 27.50 ± 4.12 , eşlerinin yaş ortalaması 30.04 ± 3.88 ’dir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin %75’inin eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olduğu, %50’sinin çalıştığı, %64.5’inin eş eğitim düzeyini üniversite ve üzeri olarak bildirdiği, %71.1’inin gelir düzeyini orta düzeyde olarak ifade ettiği, %85.5’inin il merkezinde yaşadığı ve %90.8’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Deney (n=73)		Kontrol (n=76)	
	Sayı	%	Sayı	%
Düşük/Küretaj Öyküsü				
Var	8	11.0	12	15.8
Yok	65	89.0	64	84.2
Planlı Gebelik Olma Durumu				
Evet	59	80.8	67	88.2
Hayır	14	19.2	9	11.8
İstenen Gebelik Olma Durumu				
Evet	71	97.3	75	98.7
Hayır	2	2.7	1	1.3
Doğum şeklinize yönelik düşünceniz				
Normal Doğum	51	69.9	49	64.5
Sezaryen Doğum	8	11.0	12	15.8
Kararsızım	14	19.2	15	19.7
Doğum Şekli Kararında Etkili Olan Faktörler*				
Doktor	68	93.2	65	85.5
Ebe/Hemşire	26	35.6	32	42.1
Eş	31	42.5	34	44.7
Aile	13	17.8	12	15.8
Akraba	1	1.4	7	9.2
Arkadaş	3	4.1	1	1.3
Gebelik takiplerinin yapıldığı yer				
ASM	-	-	1	1.3
Devlet Hastanesi	24	32.9	15	19.7
Üniversite Hastanesi	1	1.4	1	1.3
Özel Hastane	47	64.4	54	71.1
Özel Muayenehane	1	1.4	5	6.6

Doğuma Yönelik Bilgi Alma Durumu				
Evet	50	68.5	55	72.4
Hayır	23	31.5	21	27.6
Doğuma Yönelik Bilgi Edinme Kaynakları*				
Doktor	31	42.5	35	46.1
Ebe/Hemşire	19	26.0	26	34.2
Aile	19	26.0	20	26.3
Akraba/Arkadaş	20	27.4	14	18.4
Medya araçları (TV-İnternet)	32	43.8	31	40.8
	Ort±SS	Ort±SS		
Gebelik Süresi (hafta)	28.90±5.11	28.17±5.85		

*Birden fazla yanıt verilmiştir SS=Standart Sapma

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı verildi. Deney grubunda yer alan gebelerin ortalama gebelik haftası 28.90 ± 5.11 ’dir. Deney grubunda yer alan gebelerin %89’unun düşük/küretaj öyküsünün olmadığı, %80.8’inin gebeliği planladığı ve %97.3’ünün istenen bir gebelik yaşadığı belirlendi. Deney grubunda yer alan gebelerin %69.9’unun doğum şekli olarak normal doğumu planladığı, %93.2’sinin doğum şekli kararında doktorların etkili olduğu, %64.4’ünün gebelik takiplerini özel hastanede yaptırdığı, %68.5’inin doğuma yönelik bilgi aldığı ve %43.8’inin bilgi edinme kaynağı olarak medya araçlarını (TV-İnternet) tercih ettiği belirlendi. Kontrol grubunda yer alan gebelerin ortalama gebelik haftası 28.17 ± 5.85 ’tir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin %84.2’sinin düşük/küretaj öyküsünün olmadığı, %88.2’sinin gebeliği planladığı ve %98.7’sinin istenen bir gebelik yaşadığı belirlendi. Kontrol grubunda yer alan gebelerin %64.5’inin doğum şekli olarak normal doğumu planladığı, %85.5’inin doğum şekli kararında doktorların etkili olduğu, %71.1’inin gebelik takiplerini özel hastanede yaptırdığı, %72.4’ünün doğuma yönelik bilgi aldığı ve %46.1’inin bilgi edinme kaynağı olarak doktorları tercih ettiği belirlendi.

Tablo 4.3. NDİÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Alınabilecek En Düşük – En Yüksek Puanlar ile Araştırmaya Katılan Gebelerin Aldıkları En Düşük – En Yüksek Puan ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=149)

NDİÖ	Alınabilecek	Alınan Ort±SS (Min-Max)	
	Min-Max Değerler	Ön Test	Son Test
Algılanan Duyarlılık	3-15	10.28±3.25 (3-15)	11.13±3.47 (3-15)
Algılanan Ciddiyet	4-20	15.95±3.60 (4-20)	16.69±3.26 (6-20)
Alt Boyutlar	Algılanan Yarar	4-20	14.89±3.87 (4-20)
	Algılanan Engeller	6-30	11.90±5.07 (6-30)
	Algılanan Özyeterlilik	4-20	14.62±3.50 (4-20)
	Sağlık Motivasyonu	3-15	11.55±2.62 (3-15)
NDİÖ Toplam	24-120	79.22±12.91 (40-110)	84.24±14.45 (48-120)

NDİÖ=Normal Doğuma İnanç Ölçeği SS=Standart Sapma

Tablo 4.3'te NDİÖ toplam ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük – en yüksek puanlar ile araştırmaya katılan gebelerin aldıkları en düşük – en yüksek puan ve puan ortalamalarının dağılımı verildi.

Araştırmaya katılan gebelerin NDİÖ algılanan duyarlılık alt boyutundan ön testte en düşük 3 en yüksek 15, son testte en düşük 3 en yüksek 15, algılanan ciddiye alt boyutundan ön testte en düşük 4 en yüksek 20, son testte en düşük 6 en yüksek 20, algılanan yarar alt boyutundan ön testte en düşük 4 en yüksek 20, son testte en düşük 6 en yüksek 20, algılanan engeller alt boyutundan ön testte en düşük 6 en yüksek 30, son testte en düşük 6 en yüksek 30, algılanan öz-yeterlilik alt boyutundan ön testte en düşük 4 en yüksek 20, son testte en düşük 4 en yüksek 20, sağlık motivasyonu alt boyutundan ön testte en düşük 3 en yüksek 15, son testte en düşük 4 en yüksek 15 puan aldığı, NDİÖ toplam puan aralığının ise ön testte en düşük 40 en yüksek 110, son testte en düşük 48 en yüksek 120 olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan gebelerin NDİÖ algılanan duyarlılık alt boyutundan aldıkları ön test puan ortalaması 10.28±3.25, son test puan ortalaması 11.13±3.47, algılanan ciddiye alt boyutundan aldıkları ön test puan ortalaması 15.95±3.60, son test puan ortalaması 16.69±3.26, algılanan yarar alt boyutundan aldıkları ön test puan ortalaması 14.89±3.87, son test puan ortalaması 15.72±3.53, algılanan engeller alt boyutundan aldıkları ön test puan ortalaması 11.90±5.07, son test puan ortalaması 13.08±5.85, algılanan öz-yeterlilik alt boyutundan aldıkları ön test puan ortalaması 14.62±3.50, son test puan ortalaması 15.55±3.40, sağlık motivasyonu alt boyutundan aldıkları ön test puan ortalaması 11.55±2.62, son test puan ortalaması 12.04±2.49, NDİÖ toplam puanından aldıkları ön test puan ortalaması 79.22±12.91, son test puan ortalaması 84.24±14.45'tir.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin NDİÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

NDİÖ	Deney (n=73) Ort±SS	Kontrol (n=76) Ort±SS	^a Test ve p Değeri
Algılanan Duyarlılık			t=-0.254
Ön Test	10.21±3.27	10.35±3.25	p=0.800
Algılanan Duyarlılık			t=4.417
Son Test	12.34±3.18	9.97±3.35	p=0.000
^bTest ve p Değeri	t=-5.396 p=0.000	t=1.190 p=0.238	
Algılanan Ciddiyet			t=0.428
Ön Test	16.08±3.69	15.82±3.53	p=0.670
Algılanan Ciddiyet			t=2.057
Son Test	17.24±3.34	16.15±3.11	p=0.041
^bTest ve p Değeri	t=-2.966 p=0.004	t=-0.937 p=0.352	
Algılanan Yarar			t=0.395
Ön Test	15.02±4.09	14.77±3.66	p=0.694
Algılanan Yarar			t=5.365
Son Test	17.17±3.12	14.32±3.34	p=0.000
^bTest ve p Değeri	t=-5.488 p=0.000	t=1.249 p=0.215	
Algılanan Engeller			t=-0.552
Ön Test	11.67±5.23	12.13±4.94	p=0.582
Algılanan Engeller			t=2.613
Son Test	14.34±6.47	11.88±4.95	p=0.010
^bTest ve p Değeri	t=-3.621 p=0.001	t=0.685 p=0.496	

Algılanan Öz-yeterlilik			t=-1.244
Ön Test	14.26±3.86	14.97±3.10	p=0.215
Algılanan Öz-yeterlilik			t=2.058
Son Test	16.13±3.13	15.00±3.58	p=0.041
^bTest ve p Değeri	t=-5.379 p=0.000	t=-0.092 p=0.927	
Sağlık Motivasyonu			t=1.022
Ön Test	11.78±2.51	11.34±2.71	p=0.309
Sağlık Motivasyonu			t=3.004
Son Test	12.65±2.24	11.46±2.59	p=0.003
^bTest ve p Değeri	t=-3.437 p=0.001	t=-0.398 p=0.692	
NDİÖ Toplam			t=-0.173
Ön test	79.04±13.95	79.40±11.91	p=0.863
NDİÖ Toplam			t=5.062
Son Test	89.90±14.10	78.80±12.65	p=0.000
^bTest ve p Değeri	t=-7.811 p=0.000	t=0.649 p=0.518	

^aBağımsız gruplarda t testi ^bBağımlı gruplarda t testi ^cp<0.05 ^dp<0.001 SS=Standart Sapma

Tablo 4.4'te deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin NDİÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması verildi.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön test NDİÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı, deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimlerinin benzer olduğu saptandı (p>0.05).

Eğitim sonrası deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin NDİÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; NDİÖ algılanan duyarlılık alt boyutu son test puan ortalamasının deney grubunda 12.34±3.18, kontrol grubunda 9.97±3.35 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (t=4.417, p=0.000). Algılanan ciddiyet alt boyutu son test puan ortalamasının deney grubunda 17.24±3.34, kontrol grubunda 16.15±3.11 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (t=2.057, p=0.041). Algılanan yarar alt boyutu son test puan ortalamasının deney grubunda 17.17±3.12, kontrol grubunda 14.32±3.34 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (t=5.365, p=0.000). Algılanan engeller alt boyutu son test puan ortalamasının deney grubunda 14.34±6.47, kontrol grubunda 11.88±4.95 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu

belirlendi ($t=2.613$, $p=0.010$). Algılanan öz-yeterlilik alt boyutu son test puan ortalamasının deney grubunda 16.13 ± 3.13 , kontrol grubunda 15.00 ± 3.58 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($t=2.058$, $p=0.041$). Sağlık motivasyonu alt boyutu son test puan ortalamasının deney grubunda 12.65 ± 2.24 , kontrol grubunda 11.46 ± 2.59 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($t=3.004$, $p=0.003$). NDİÖ toplam son test puan ortalamasının deney grubunda 89.90 ± 14.10 , kontrol grubunda 78.80 ± 12.65 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($t=5.062$, $p=0.000$).

Deney grubunda yer alan gebelerin NDİÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamaları grup içerisinde karşılaştırıldığında; gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri ile ilişkili toplam puan ortalamalarının son test ölçümlerinde ön teste oranla istatistiksel açıdan önemli düzeyde arttığı ($p<0.05$) kontrol grubunda yer alan gebelerin ise ön test-son test puan ortalamalarının grup içerisinde önemli bir farklılık oluşturmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Ön Test- Son Test Normal Doğuma İlişkin İnanç ve Eğilim Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

İnanç ve Eğilim Düzeyi	Deney (n=73)		Kontrol (n=76)		Test ve p Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Ön test					
Düşük	5	6.8	4	5.3	$X^2=0.166$ $p=0.920$
Orta	48	65.8	51	67.1	
Yüksek	20	27.4	21	27.6	
Son test					
Düşük	1	1.4	3	3.9	$X^2=8.511$ *p=0.014
Orta	32	43.8	49	64.5	
Yüksek	40	54.8	24	31.6	

* $p<0.05$

$X^2=$ Ki-kare testi

Tablo 4.5'te deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ön test- son test normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeyleri açısından karşılaştırılması verildi. Ön test aşamasında deney grubunda yer alan gebelerin %6.8'inin düşük düzeyde, %65.8'inin orta

düzeyde, %27.4'ünün ise yüksek düzeyde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim-düzeyine sahip olduğu saptandı. Kontrol grubunda ise gebelerin %5.3'ünün düşük düzeyde, %67.1'inin orta düzeyde, %27.6'sının ise yüksek düzeyde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeyine sahip olduğu saptandı. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlendi ($p>0.05$).

Son test aşamasında deney grubunda yer alan gebelerin %1.4'ünün düşük düzeyde, %43.8'inin orta düzeyde, %54.8'inin ise yüksek düzeyde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeyine sahip olduğu saptandı. Kontrol grubunda ise gebelerin %3.9'unun düşük düzeyde, %64.5'inin orta düzeyde, %31.6'sının ise yüksek düzeyde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeyine sahip olduğu saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda orta ve yüksek düzeyde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimi olan gebe oranının deney grubunda yer alan gebelerde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Nullipar gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitimin normal doğum eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları ilgili literatürle tartişıldı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) tarafından yayınlanan raporda en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (132). Bu araştırmada gebelerin yaş ortalamasının bu aralıkta olması örneklem grubunun genel olarak Türkiye ile karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada, deney grubu ile kontrol grubunda yer alan gebelerin tanıtıcı (yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, aile tipi, vb.) ve obstetrik (gebelik haftası, düşük/küretaj öyküsü, planlı ve istenen gebelik olma durumu, vb.) özellikleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptandı (Tablo 3.9, Tablo 3.10). Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özellikler bakımından benzer olması çalışma gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir.

Sağlık İnanç Modeli rehber alınarak verilen mobil eğitimin etkinliği, araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen NDIÖ'ye ait "algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, algılanan öz-yeterlilik, sağlık motivasyonu" alt boyutları ve toplam puan ortalamaları doğrultusunda ayrı ayrı ele alınmıştır. Eğitim öncesi deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin NDIÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında fark olmadığı ve girişim öncesi her iki grubun normal doğuma ilişkin benzer inanç ve eğilim düzeyine sahip olduğunu belirlendi (Tablo 4.4). Araştırmada eğitim öncesi deney grubunda yer alan gebelerin sadece %27.4'ünün, kontrol grubunda yer alan gebelerin ise %27.6'sının normal doğuma ilişkin yüksek düzeyde inanç ve eğilime sahip olduğu saptandı (Tablo 4.5). Bu bulgu, nullipar gebelerin büyük çoğunluğunun normal doğuma yönelik eğilimlerinin istendik düzeyde olmadığı ve bu konuda desteklenme ihtiyaçlarının olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca, ölkemizdeki sezaryen oranlarındaki artışın (11, 132) kadınların normal doğuma yönelik inanç ve eğilimlerindeki yetersizlikle ilişkili olabileceği öngörülmektedir. Literatürde de gebelerin doğuma yönelik sağlık inançlarının doğum şekli kararında önemli bir etken olduğu vurgulanmaktadır (1, 26, 29). Bu nedenle normal doğuma yönelik kadınların bilgilendirilmesi, desteklenmesi, motive edilmesi ve öz-yeterliliklerinin geliştirilerek normal doğuma olan inanç ve eğilimlerinin arttırılması önemlidir. Sağlık profesyonelleri bu aşamada gebelere yol gösterici olmalı ve normal doğuma yönelik

destekleyici stratejileri kullanarak gebelerin normal doğuma olan inancını arttırmalıdır. Bu doğrultuda, SİM rehber alınarak verilen eğitim sonrasında deney grubunda yer alan gebelerin NDIÖ algılanan duyarlılık alt boyutu son test puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde artış gösterdiği belirlendi (Tablo 4.4, $p<0.001$). Literatürde SİM temelli eğitimin doğum şekli tercihinin etkisinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışmada farklı ölçüm araçları kullanılmış ve araştırmamıza benzer şekilde algılanan duyarlılık puan ortalamalarında müdahale sonrası artış saptanmıştır (23, 28, 29). Algılanan duyarlılık, koruyucu sağlık davranışlarının en güçlü öngörücülerinden birisidir. Bireylerin olumlu bir sağlık davranışı için harekete geçmesi ve olumsuz sağlık davranışının önlenmesinde duyarlılık algısı önemli rol oynar (1). Literatürde kadınların doğum şekli tercihleri ile algıladıkları duyarlılık arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (23). Kadınların sezaryen doğumun risklerine ilişkin farkındalıklarının yüksek olması normal doğuma yönelik duyarlılık algısını arttırabilmektedir (1, 9). Dadipoor ve ark. çalışmalarında vajinal doğum yapmak isteyen kadınların algılanan duyarlılık puan ortalamasının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (9). Bu araştırmada girişim sonrası algılanan duyarlılık puan ortalamasındaki artış (Tablo 4.4) SİM doğrultusunda verilen mobil eğitimin kadınlardaki normal doğuma olan inanç ve eğilim düzeyini arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Belirli bir doğum şekline bağlı ciddi yan etkiler bulunduğu olan inanç kadınları diğer alternatif doğum yöntemini tercih etmeye yönlendirebilmektedir. Bu durum SİM'de algılanan ciddiyet olarak belirtilmektedir (3). Araştırmada girişim sonrası deney grubundaki gebelerin NDIÖ algılanan ciddiyet alt boyutu son test puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde arttığı belirlendi (Tablo 4.4, $p<0.05$). Sağlık inanç modeline dayalı eğitimin doğum şekli tercihinin etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda deney grubunda yer alan gebelerin müdahale sonrası algılanan ciddiyet puan ortalamasının kontrol grubuna oranla istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (23, 29). Ayrıca vajinal doğumu tercih eden kadınların sezaryen doğumun yan etkilerine yönelik ciddiyet algılarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (3, 9, 26). Bu sonuçlar sezaryen doğumun yan etkilerine yönelik algılanan ciddiyetin doğum şekli kararında önemli olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada literatürle uyumlu olarak SİM doğrultusunda verilen eğitimin gebelerde ciddiyet algısını olumlu yönde etkileyerek normal doğum eğilimini arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Araştırmada verilen eğitim sonrasında deney grubunda yer alan gebelerin NDIÖ algılanan yarar alt boyutu son test puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde arttığı saptandı (Tablo 4.4, $p<0.001$). Normal doğumu tercih eden kadınların normal

doğuma yönelik yarar algılarının sezaryen doğumu tercih edenlere oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir (3, 9, 26). Normal doğuma yönelik yarar algısının fazla olması normal doğum yapma olasılığını arttırabilmektedir (1). Literatürde doğum şekillerine yönelik SİM doğrultusunda hazırlanan eğitimin etkinliğinin farklı ölçüm araçları ile değerlendirildiği çalışmalarda eğitim sonrası müdahale grubunda normal doğuma yönelik yarar algısının daha fazla olduğu bildirilmektedir (1, 23). Hassani ve ark. primipar gebelerde sezaryen oranının düşürülmesinde SİM'e dayalı eğitim programının etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında benzer şekilde eğitim sonrası müdahale grubunun algılanan yarar puan ortalamasının kontrol grubuna oranla istatistiksel açıdan daha yüksek olduğunu bildirmiştir (29). Araştırma sonuçları literatürle uyum göstermekle birlikte normal doğum eğiliminin artmasında normal doğuma yönelik yarar algısının önemini vurgular niteliktedir.

Bireyde yeni bir davranışı benimsemeye yönelik engel algısı davranış değişikliğindeki en önemli yapıdır (86). Literatürde algılanan engeller, doğum şekli tercihinin önemli bir yordayıcısı olarak kabul edilmektedir (9). Sezaryen doğum oranlarındaki artış endişe vericidir (28). Kadınların sezaryen tercih nedenleri arasında normal doğuma yönelik doğum korkusundan kaçınma, normal doğumun zarar verebileceği, sezaryen doğumun riskleri konusunda farkındalık eksikliği, sezaryen doğumun daha güvenli olduğu vb. nedenler yer almaktadır (1, 26, 35, 133–135). Normal doğuma yönelik hazırlanan bilgilendirme ve eğitim programları kadınların doğum korkularını azaltabilmekte, normal doğuma yönelik farkındalıklarını arttırabilmekte ve normal doğuma yönelimlerini olumlu etkileyebilmektedir (1, 23, 135, 136). Araştırmada verilen eğitim sonrasında deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin NDIÖ algılanan engeller alt boyutu son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.4, $p<0.05$). Literatürde doğum şekli ile ilgili SİM'e dayalı hazırlanan eğitim programlarının kadınların normal doğuma yönelik engel algısını azalttığı bildirilmektedir (1, 23, 29). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikteki bu sonuçlar, doğum şekillerine yönelik SİM doğrultusunda hazırlanan eğitim programlarının normal doğuma yönelik engel algısı üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir.

Doğumda kadının yüksek öz-yeterlilik algısına sahip olması doğum eylemi ile baş etmesini kolaylaştırabilir (18). Literatürde öz-yeterlilik algısının doğum şekli seçiminde de etkili olduğu bildirilmektedir (1, 9, 18, 98, 137). Doğum öncesi dönemde gebelere yönelik hazırlanan eğitimsel müdahalelerde öz-yeterliliğe odaklanılması önerilmektedir (9, 137). Bu araştırmada SİM doğrultusunda verilen eğitim sonrasında deney grubundaki gebelerin NDIÖ

algılanan öz-yeterlilik alt boyutu son test puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde arttığı belirlendi (Tablo 4.4, $p<0.05$). Literatürde doğum öncesi dönemde verilen eğitimin kadınların doğum öz-yeterliliklerini arttırdığı bildirilmiştir (113, 138, 139). Ayrıca doğum şekillerine yönelik SİM doğrultusunda hazırlanan eğitimin etkinliğinin farklı ölçüm araçları ile değerlendirildiği çalışmalarda da eğitim sonrası müdahale grubunda öz-yeterlilik algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (1, 23, 29). Araştırma sonuçları literatürü destekler nitelikte olup doğum öncesi dönemde verilen eğitimin doğumda öz-yeterlilik algısını geliştirmede etkin bir yöntem olduğunu ve normal doğum eğilimini arttırdığını göstermektedir.

Araştırmada SİM doğrultusunda verilen eğitim sonrasında deney grubunda yer alan gebelerin NDİÖ sağlık motivasyonu alt boyutu son test puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptandı (Tablo 4.4, $p<0.05$). Kadınların doğum korkuları ve doğum yapamayacaklarına olan inançları gibi motivasyonel faktörler, olumsuz doğum deneyimleri ya da hikayeleri, sezaryen doğum tercihini arttırabilmektedir (114, 140, 141). Literatürde doğuma hazırlık kursları ve ailelere yönelik planlanan bilgilendirmelerin normal doğuma yönelik motivasyonu arttırmada önemli bir rolü olduğu bildirilmektedir (138). Ayrıca bazı çalışmalarda doğum öncesi dönemde verilen eğitimin normal doğum eğilimini arttırdığı vurgulanmıştır (138, 142). Bu araştırmada SİM doğrultusunda verilen eğitim sonrası deney grubunda elde edilen sağlık motivasyonuna yönelik olumlu artış (Tablo 4.4) eğitim gibi motivasyonel girişimlerin önemini göstermektedir.

Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitim sonrasında deney grubundaki gebelerin NDİÖ toplam son test puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde arttığı (Tablo 4.4, $p<0.001$), ayrıca deney grubunda yer alan gebelerin grup içi ön test-son test puan ortalamasının NDİÖ toplam ve tüm alt boyutlarda önemli düzeyde artış gösterdiği belirlendi (Tablo 4.4, $p<0.001$). Bu bulgular, “***H1: Nullipar gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitim normal doğum eğilimini etkiler***” şeklindeki araştırma hipotezini doğrulamaktadır. Ayrıca bu sonuç, etkin modeller kullanılarak planlanan eğitim programlarının ebeler tarafından gebelere sunulan birebir ebe desteğine katkı sağlayacağı şeklinde yorumlanabilir. Sezaryen doğumun yan etkileri ve vajinal doğumun yararlarına yönelik farkındalığın sağlanması ve kadınların sahip olduğu doğal doğum yeteneklerine olan inançlarının arttırılmasına yönelik stratejiler normal doğum tercihi önündeki engelleri kaldırmada ve gereksiz sezaryen prevelansını azaltmada etkili olabilir (9, 21). Bu anlamda antenatal dönemde doğum öncesi eğitimlerin rutin olarak planlanması ve yürütülmesi son

derece önemlidir (138, 143). Sağlık inanç modeli, sağlık eğitiminde kullanılan en g¼çlü modellerden birisidir (28). Sağlık inanç modeli, sağlıkla ilgili inançlar ve anne davranışları arasındaki ilişkiyi belirleyerek kadının doğum şekli tercihini yordamaya yardımcı olabilmektedir (26). Literatürde SİM kullanımının gebelerin doğum şekline yönelik karar almalarında etkili olduğu bildirilmiştir (1, 26, 28, 29). Bu sonuçlar, SİM doğrultusunda verilen eğitimlerin gebelerin farkındalıklarını ve normal doğum eğilimlerini arttıran etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile gebelerin normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimlerini değerlendiren bir ölçek geliştirmek ve nullipar gebelere SİM doğrultusunda verilen mobil eğitimin normal doğum eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu araştırmada;

- NDİÖ'nün 24 madde ve 6 alt boyuttan oluşan, gebelerin normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimlerini ölçebilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin kontrol değişkenleri açısından benzer olduğu,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin girişim öncesi ön testte normal doğuma ilişkin benzer inanç ve eğilim düzeyine sahip olduğu,
- SİM doğrultusunda verilen eğitim sonrası NDİÖ "algılanan duyarlılık", "algılanan ciddiyet", "algılanan yarar", "algılanan engeller", "algılanan öz-yeterlilik", "sağlık motivasyonu" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının deney grubunda yer alan gebelerde kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç olarak; NDİÖ'nün Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu, SİM doğrultusunda verilen mobil eğitimin nullipar gebelerde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeyini önemli ölçüde arttırdığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- NDİÖ'nün tüm gebelerde (nullipar ve multipar) normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeyinin belirlenmesinde güvenilir bir araç olarak kullanılması,
- NDİÖ'nün normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimlerin artırılmasına yönelik yapılan eğitimlerin öncesinde ve sonrasında kullanılması,
- Normal doğumu teşvik etme ve gereksiz sezaryen oranlarını düşürmeye yönelik hazırlanan eğitim programlarında SİM'in etkin bir model olarak kullanılması,
- SİM doğrultusunda hazırlanan eğitim programının multipar gebelerde de etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Ghobadzadeh M. The effect of PRECEDE PROCEED model combined with the health belief model and the theory of self-efficacy to increase normal delivery among nulliparous women. *Procedia-Social Behav Sci* 2012, 46: 187–94.
2. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg* 2009, 2(3): 143–8.
3. Al-Battawi JA, Ibrahim WA. Applying Health Belief Model to Predict Factors influencing Women decision regarding Mode of Delivery. *J Nurs Heal Sci* 2017, 6(6): 44–56.
4. Mohtasham G, Atefeh A. Application of health belief model for predicting delivery method among pregnant women of Semrom: a cross-sectional research. *World Appl Sci J* 2013, 22(4): 494–9.
5. Durmaz A. Doğum Eylemi. İçinde: Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (editörler). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018: 1-36.
6. Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Kızılkaya Beji N (editor). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017.
7. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sak Tıp Derg* 2017, 7(4): 158–63.
8. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1 Son Erişim Tarihi: 19 Nisan 2020.
9. Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Prediction of Birth Type Based on the Health Belief Model. *J Fam Reprod Heal* 2017, 11(3): 159–64.
10. World Health Organization. World Health Statistics 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf?sequence=1 Son Erişim Tarihi: 8 Şubat 2020.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. <https://www.saglikaktuel.com/d/file/36134,siy2018trpdf.pdf> Son Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020.
12. OECD Library. Caerarean Sections 2018. <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues->

- migration-health/caesarean-sections/indicator/english_adc3c39f-en Son Erişim Tarihi: 19 Aralık 2020.
13. Kızılca Çakaloz D, Çoban A. Sezaryen doğumların azaltılmasında ebenin rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Derg* 2019, 28(1): 51–9.
 14. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye’de ve dünyada güncel nedir? *TJOD Uzm Sonrası Eğitim Derg* 2004, 7: 113–7.
 15. Başkaya Y, Sayiner FD. Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg* 2018, 5(1): 113–9.
 16. Das RK, Subudhi KT, Mohanty RK. The rate and indication of caesarean section in a tertiary care teaching hospital eastern India. *Int J Contemp Pediatr* 2018, 5(5): 1–7.
 17. Moghaddam-Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A, Abbaspoor Z. Development of a questionnaire to measure attitude toward birth method selection. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2017, 22(2): 147–56.
 18. Çiçek Ö, Okumuş H. Doğumda Öz-Yeterlilik Algısı: Önemi ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hast ve Anne Çocuk Sağlığı* 2017, 10: 35–49.
 19. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilim Derg* 2016, 25(3): 126–30.
 20. Mete S, Çiçek Ö, Aluş Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. *Türkiye Klin Hemsire Bilim* 2017, 9(3): 201–6.
 21. Dadipoor S, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Comparison of Health Belief Model Constructs Based on Birth Type among Primiparous Pregnant Women in Bandar Abbas, Iran. *J Educ Community Heal* 2017, 4(1): 59–65.
 22. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Education Theory, Research and Practice*, 4th ed. San Francisco, Jossey-Bass, 2008.
 23. Baghianimoghadam MH, Hashemifard T, Jafari S, Yadollahi P, Kamalimoradzade M, Hashemifard F. The effect of educational intervention on selection of delivery method based on health belief model. *J Community Heal Res* 2014, 3(2): 115–23.
 24. Kahsay ZH, Hiluf MK, Shamie R, Tadesse Y, Bazzano AN. Pregnant Women’s Intentions to Deliver at a Health Facility in the Pastoralist Communities of Afar, Ethiopia: An Application of the Health Belief Model. *Int J Environ Res Public Health* 2019, 16(888): 1-9.
 25. Ulupınar Alıcı S, Sarıkaya Ö. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg*

- 2009, 2(3): 95–101.
26. Loke AY, Davies L, Li SF. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Serv Res* 2015, 15: 274.
 27. Til A. Yapılandırılmış Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Tercihleri Üzerine Etkisi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2018.
 28. Rahimikian F, Mirmohamadali M, Mehran A, Aboozari K, Salmaani Barough N. Effect of Education Designed based on Health Belief Model on Choosing Delivery Mode. *Hayat* 2008, 14(3–4): 25–32.
 29. Hassani L, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Dadipoor S. The effect of an instructional program based on health belief model in decreasing cesarean rate among primiparous pregnant mothers. *J Educ Health Promot* 2016, 5(1).
 30. Işık G, Egelioglu Çetişli N, Başkaya VA. Doğum Şekline Göre Annelerin Postpartum Ağrı, Yorgunluk Düzeyleri ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg* 2018, 11(3): 224–32.
 31. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database Syst Rev* 2016, (4): 1-3.
 32. World Health Organizations. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=1D7C3F6A98A0D91653E32ECDC2676CFA?sequence=1> Son Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020.
 33. Etowa JB. Becoming a mother: The meaning of childbirth for African–Canadian women. *Contemp Nurse* 2012, 41(1): 28–40.
 34. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.
 35. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008, 37: 85–93.
 36. Brunt I. Normal birth. *Perm J* 2005, 9(1): 96–8.
 37. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Göstergeleri. https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf Son Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020.
 38. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence*

- Nightingale Hemşirelik Derg* 2012, 20(3): 210–8.
39. Aktaş D, Gökgöz N. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilim Derg* 2015, 4(1): 65–82.
 40. Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg* 2008, 15(1): 32–46.
 41. Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of elective cesarean section. *Dtsch Arztebl Int* 2015, 112: 489–95.
 42. American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative vaginal delivery. *Practice Bulletin* 2015, 126(5): 56–65.
 43. Şentürk Erenel A, Çiçek S. Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri. *SDÜ Sağlık Bilim Enstitüsü Derg* 2018, 9(2): 123–9.
 44. Fidan U, Ulubay M, Kıncı MF, Mutlu H, Bodur S, Yenen MC. Vakum Yardımlı Doğum: Neden Çekiniyoruz? *Kocatepe Tıp Derg* 2018, 19: 1–6.
 45. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative Vaginal Delivery. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_26.pdf Son Erişim Tarihi: 27 Nisan 2020
 46. Naeef HKH, Al-Bayati MM, Abd-El-Kareem HF. Impact of Maternal Age, Parity, and Birth Weight Distribution on Primary Cesarean Delivery Rates. *Iraqi J Community Med* 2012, 25(2): 97–102.
 47. Elzahaf RA, Ajroud S. Prevalence and indication of cesarean section in Al-Wahda Hospital, Derna, Libya: A retrospective study. *Libyan J Med Sci* 2018, 2(2): 68–72.
 48. Isah AD, Adewole N, Zaman J. A five-year survey of cesarean delivery at a Nigerian tertiary hospital. *Trop J Obstet Gynaecol* 2018, 35(1): 14–7.
 49. Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, Anwar I. Indications and determinants of caesarean section delivery: evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *PLoS One* 2017, 12(11): 1–16.
 50. Ghafarzadeh M, Namdari M, Ashraf H. Vaginal birth after cesarean section: a retrospective study. *Pak J Med Sci* 2010, 26(4): 987–9.
 51. Micek M, Kosinska-Kaczynska K, Godek B, Krowicka M, Szymusik I, Wielgos M. Birth after a previous cesarean section-what is most important in making a decision? *Neuroendocrinol Lett* 2014, 35(8): 718–23.
 52. Alkhamis F. Pregnancy Outcome in Women with Previous One Cesarean Section, Experience from Kingdom of Saudi Arabia. *Egypt J Hosp Med* 2019, 77(3): 5109–13.

53. Khanum S, Chowdhury L. Justification of Cesarean section in fetal distress: Experience in a tertiary care military hospital in Bangladesh. *BIRDEM Med J* 2020, 10(1): 60–3.
54. Gangwar R, Chaudhary S. Caesarean Section for Foetal Distress and Correlation with Perinatal Outcome. *J Obstet Gynecol India* 2016, 66(1): 177–80.
55. Kohli UA, Singh S, Dey M, Bal HK, Seth A. Antenatal risk factors in emergency caesarean sections done for fetal distress. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol* 2017, 6: 2421–6.
56. Khunpradit S, Patumanond J, Tawichasri C. Risk indicators for cesarean section due to cephalopelvic disproportion in Lamphun hospital. *Journal-Medical Assoc Thail* 2005, 88: S63-8.
57. Kuritani Y, Hayashi S, Yamamoto R, Mitsuda N, Ishii K. Association between maternal height and mode of delivery in nulliparous Japanese women. *J Obstet Gynaecol Res* 2020, 46(12): 2645–50.
58. Wianwiset W. Risk Factors of Cesarean Delivery Due to Cephalopelvic Disproportion in Nulliparous Women at Sisaket Hospital. *Thai J Obstet Gynaecol* 2011, 19: 158–64.
59. Tsvieli O, Sergienko R, Sheiner E. Risk factors and perinatal outcome of pregnancies complicated with cephalopelvic disproportion: a population-based study. *Arch Gynecol Obstet* 2012, 285: 931–6.
60. World Health Organizations. Maternal Mortality. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Son Erişim Tarihi: 19 Nisan 2020
61. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, Attygalle DE, Shrestha N, Mori R, Hinh ND, Bang HT, Rathavy T, Chuyun K, Cheang K, Festin M, Udomprasertgul V, Germar MJV, Yanqiu G, Roy M, Carroli G, Ba-Thike K, Filatova E, Villar J. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet* 2010, 375: 490–9.
62. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018, 15(1): 1–22.
63. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PLoS One* 2019, 14(1): 1–16.
64. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric “conveniences”: Elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonatal Nurs* 2005, 19(2): 134–44.

65. Koc I. Increased cesarean section rates in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2003, 8: 1–10.
66. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 <http://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf> Son Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020
67. Willard C, Cooke MD. Contraindications To Cesarean Section. *JAMA* 1932, 99(22): 1823–7.
68. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean Delivery on Maternal Request *ACOG Committee Opinion* 2019, 133(1): e73–7.
69. Rajput N, Paldiya D, Verma YS. Effects of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Int J Reprod Contracept Obs Gynecol* 2018, 7(10): 3941–5.
70. Janoudi G, Kelly S, Yasseen A, Hamam H, Moretti F, Walker M. Factors associated with increased rates of caesarean section in women of advanced maternal age. *J Obstet Gynaecol Canada* 2015, 37(6): 517–26.
71. Angeliki A, Dimitrios P, Chara T. Maternal obesity and its association with the mode of delivery and the neonatal outcome in induced labour: Implications for midwifery practice. *Eur J Midwifery* 2018, 2(4): 1–7.
72. Ejder Apay S, Pasinlioğlu T. Obezite ve Gebelik. *TAF Prev Med Bull* 2009, 8(4): 345–50.
73. Aktulay A, Yörük Ö, Engin Üstün Y, Yapar Eyi EG, Mollamahmutoğlu L. Obezitenin Doğum Şekline Etkisi. *J Gynecol - Obstet Neonatol* 2012, 8(33): 1351–3.
74. Taşdemir D, Karaman E, Yıldız A, Han A, Karaman Y, Talay H. Obezitenin term gebelerde maternal ve fetal sonuçlara etkisi: Bir olgu kontrol çalışması. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Derg* 2015, 7(2): 73–8.
75. Duman G, Bayram F. Obezite ve Gebelik. *Türkiye Diyabet ve Obezite Derg* 2018, (3): 101–5.
76. Hoxha I, Syrogiannouli L, Luta X, Tal K, Goodman DC, Costa BR da, Juni P. Caesarean sections and for-profit status of hospitals: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017, 7(e013670): 1–9.
77. Zbiri S, Rozenberg P, Goffinet F, Milcent C. Cesarean delivery rate and staffing levels of the maternity unit. *PloS one Public Libr Sci* 2018, 13(11): 1–14.
78. Türkmen H, Ekti Genç R. Ebelik ve Yenidoğanda Malpraktis. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg* 2017, 20(2): 154–9.
79. Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM, Hebert LE, Weaver SL, Brennan TA, Landis JR. Relationship between malpractice claims and cesarean delivery. *JAMA* 1993, 269(3):

- 366–73.
80. Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, Studdert DM. Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. *Med Care* 2009, 47(2): 234–42.
 81. Kuppulakshmi G, Saranya S. Trial of scar in post caesarean pregnancies. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol* 2018, 7(3): 1173–8.
 82. World Health Organizations. Robson Classification. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=5765C0A3A6EA05304AE0C9A86FC2AD5A?sequence=1> Son Erişim Tarihi: 19 Nisan 2020
 83. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg* 2014, 1(3): 26–34.
 84. Abraham C, Sheeran P. The health belief model. In: Conner M, Norman P (eds). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*, 3rd ed. Open University Press, 2015: 30–69.
 85. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Heal Educ Monogr* 1974, 2: 328–35.
 86. Hayden J. *Health belief model. introduction to health behavior theory*, 3rd ed. Burlington, Jones & Bartlett Learning, 2019.
 87. Hochbaum GM. *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study*, USA, Public Health Service Publication No:572, 1958.
 88. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg* 2014, 7(3): 230–7.
 89. Çenesiz E, Atak N. Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni* 2007, 6(6): 427–34.
 90. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control*, New York, W.H. Freeman and Company, 1997.
 91. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977, 84(2): 191–215.
 92. Tuna A, Unsal Avdal E, Çınar Yucel S, Alp Dal N, Dicle A, Ozkan A, Sezgin H, Babacan Gumus A, San Turgay A, Değirmenci M. Effectiveness of online education in teaching breast self-examination. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014, 15: 3227–31.
 93. Fraser W, Maunsell E, Hodnett E, Moutquin JM, Childbirth Alternatives Post-Cesarean

- Study Group. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. *Am J Obstet Gynecol* 1997, 176(2): 419–25.
94. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2013, 120: 152–60.
95. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL, Jarrett V, Toohill J. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013, 13(190): 1–9.
96. Barut S, Uçar T. Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2018, 11(2): 107–15.
97. Sieber S, Germann N, Barbir A, Ehlert U. Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006, 85(10): 1200–7.
98. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015, 15: 29.
99. Aksoy A, Vefikuluçay Yılmaz D. Toplum Sağlığını Arttırmada Yeni Bir Hizmet Modeli: Prekonsepsiyonel Bakım ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg* 2019, 16(1): 60–7.
100. Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi. *Life Sci* 2018, 13(2): 11–20.
101. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2007, 16(1): 9–12.
102. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg* 2011, 19(1): 45–53.
103. Vural G, Şentürk Erenel A. Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg* 2017, 4(2): 76–83.
104. Gölbaşı Z, Tuğut N, Karataş M, Çetin A. Kısa mesaj ve telefon aramaları ile desteklenen postpartum emzirme danışmanlığının ilk altı aydaki emzirme davranışına etkisi. *Acu Sağlık Bilim Derg* 2019, 10(1): 33–41.
105. Şayık D, Arı S, Kaya Y, Kaya Usta E. Gebe Eğitiminin Anne ve Babanın Anksiyete, Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Osmangazi Tıp Derg* 2019, 41(1): 23–31.
106. Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs* 2010, 66(5): 999–1010.
107. Aksoy Derya Y, Altıparmak S, Akca E, Gökbulut N, Yılmaz AN. Pregnancy and Birth

- Planning During COVID-19: The Effects of Tele-Education Offered to Pregnant Women on Prenatal Distress and Pregnancy-Related Anxiety. *Midwifery* 2021, 92.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı. Anne Dostu Hastane Genelgesi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33217,anne-dostu-hastaneek8ff310b4-cfa1-42dc-94a3-868c16378e79---kopyapdf.pdf?0> Son Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020.
109. Serçekuş Ak P, Vardar O, Özkan S. Anne Dostu Hastanelerin Yaygınlaşması Türkiye İçin Neden Önemlidir?”. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg* 2018, 1(1): 25–9.
110. Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesinde Anne Dostu Hastane Modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg* 2014, 17(2): 125–9.
111. Karaçam Z. Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilim Derg* 2019, 2(1): 28–37.
112. Random.Org. Random Integer Generator. <https://www.random.org/integers/?num=168&min=1&max=2&col=10&base=10&format=html&rnd=new> Son Erişim Tarihi: 21 Nisan 2020.
113. Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020, 20(48): 1-12.
114. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, Althabe F, Belizán JM. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health* 2013, 10(2): 1-7.
115. Kadioğlu BG, Çınar Tanrıverdi E, Göktürk EB. The effect of prenatal classes on pregnant women when deciding the delivery type and coping with labor pain. *Eur Res J* 2020, 6(5): 464–9.
116. Alpar R. *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*, 4. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2016: 502–621.
117. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 2004, 30(3): 211–6.
118. Davis LL. “Instrument review: Getting the most from a panel of experts.” *Appl Nurs Res* 1992, 5(4): 194–7.
119. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe’s content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Meas Eval Couns Dev* 2014, 47(1): 79–86.
120. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, 5. Baskı. Ankara, Nobel

- Kitabevi, 2014: 3–58.
121. Can A. *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi.*, 6. Baskı. Ankara, PEGEM Akademi, 2018.
122. Çelik HE, Yılmaz V. *Yapısal Eşitlik Modellemesi*, 3. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2016: 23–51.
123. Meydan CH, Şeşen H. *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*, Ankara, Detay Yayıncılık, 2011.
124. Cole DA. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J Consult Clin Psychol* 1987, 55(4): 584–94.
125. Jöreskog KG, Sörbom D. *LISREL 8: Structural equation modelling with the simplis command language*, Lincolnwood, Scientific Software International Inc., 1993.
126. Çapık C. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg* 2014, 17(3): 196–205.
127. Briggs SR, Cheek JM. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *J Pers* 1986, 54(1): 106–48.
128. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg* 2003, (1): 3–14.
129. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. *TAF Prev Med Bull* 2012, 11(3): 339–44.
130. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Derg* 2012, 39(2): 316–9.
131. Sümbüloğlu K, Akdağ B. *Regresyon Yöntemleri ve Korelasyon Analizi*, 1. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 2007: 12–13.
132. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Son Erişim Tarihi: 24 Şubat 2020.
133. Negahban T, Ansari Jaber A, Kazemi M. Preference Method of Delivery and It's Relevant Causes in View of Pregnant Women Referring to Public and Private Clinics in Rafsanjan City. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2006, 5(3): 161–8.
134. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009, 25(2): e1–9.
135. Stoll KH, Hauck YL, Downe S, Payne D, Hall WA. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive

- health education. *Reprod Health* 2017, 14: 116.
136. Sharifirad GR, Baghiani Moghadam MH, Fathyian F, Rezaeian M. The effect of health education using behavior intention model on of cesarean in Khomainy-shahr, Iran. *IJNMR* 2009, 14(3): 105–10.
137. Kanani S, Allahverdipour H. Self-Efficacy of choosing delivery method and labor among pregnant women in Pars-Abad city. *J Educ Community Heal* 2014, 1(2): 39–47.
138. Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clin Nurs Res* 2020, 1–12.
139. Ip W, Tang CSK, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009, 18: 2125–35.
140. Eide KT, Morken N, Bærøe K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019, 19(102): 1-10.
141. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012, 91: 44–9.
142. Niaki MT, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. *Iran J Med Educ* 2010, 10(2): 124–30.
143. Rahimi F, Islami F, Kahangi MM. Effects of Prenatal Education on Maternal and Neonatal Outcomes in High Risk Pregnant Women. *Pajouhan Sci J* 2018, 16(3): 48–57.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

1. Adı Soyadı : Emine İBİCİ AKÇA
2. Doğum Tarihi : 12.01.1990
3. Doğum Yeri : MERSİN
4. Unvanı : Araştırma Görevlisi
5. Yabancı Dil Bilgisi: İngilizce

6. Sınav Puanları

ALES Puanı	2017 Bahar Dönemi	76,58404 (SAY)
YDS Puanı	2016 (e-YDS 2016/5)	70.00

7. Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Ebelik	Ankara Üniversitesi (Sağlık Bilimleri Fakültesi)	2008-2012
Y. Lisans	Ebelik A.B.D.	Çukurova Üniversitesi	2014-2017
Doktora	Ebelik A.B.D.	İnönü Üniversitesi	2017-Devam ediyor

8. İş Deneyimi

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Ebe	Özel Mersin Sistem Cerrahi Tıp Merkezi	2012 Temmuz-2013 Mayıs
Ebe	Yozgat/Akdağmadeni Toplum Sağlığı Merkezi	2013 Mayıs-2013 Ağustos
Arş.Gör.	Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013 Ağustos-2014 Eylül
Arş.Gör.	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2014 Eylül-2017 Eylül
Arş.Gör.	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2017 Ekim-2020 Devam Ediyor

EK-2. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
28.07.2020	14	2019/423	
Çalışma Adı:	Nullipar Gebelere Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Mobil Eğitimin Normal Doğum Eğilimine Etkisi		
Araştırmacılar:	Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA (Yürütücü) Arş. Gör. Emine AKÇA (Yardımcı Araştırmacı)		
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd. (Vekili)			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILMADI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI

CS

CamScanner ile tarandı

EK-3. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MALATYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MALATYA SAĞLIK
BAKIM VE HASTA HİZMETLERİ BİRİMİ
04/02/2020 13.45 - 85297169 - 771 - E.29



Sayı : 85297169-771
Konu : Araştırma Çalışması

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 03/01/2020 tarihli ve 92852811-222 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesinde görevli Öğretim Üyesi Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA (danışman araştırmacı) ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Emine AKÇA tarafından; Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde "Nullipar Gebelere Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Normal Doğum Eğilimine Etkisi" başlıklı tez çalışması yapılması talebiniz, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Söz konusu tez çalışmasının, 04.02.2020 - 31.12.2020 tarihleri arasında, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde, ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

Ek:
Protokol

Güvenli Elektronik İmza:

04/02/2020
Hüseyin ÖNDER
V.H.K.İ.

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Telefon: Faks No: 4223245601

e-Posta: nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Malatya İl Sağlık Müdürlüğü

Kamu Hastaneleri Başkanlığı Eğitim Birimi N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-keles.saglik.gov.tr> adresinden eda4b73d-83d2-47e0-8ad1-109598f8ebcf kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Nesrin KARA

EBE

Telefon No: (0 422) 321 12 02



CamScanner ile tarandı

EK-4: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Deney Grubu)

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen normal doğuma yönelik mobil eğitimin normal doğum eğilimine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Araştırmada size tanıtıcı bilgilerin yer aldığı gebe tanıtım formu ve normal doğuma yönelik inancınızı ve eğiliminizi belirlemek amacıyla ölçek uygulanacaktır. Aynı zamanda hazırlanan eğitim programı size mobil iletişim aracılığı ile sunulacaktır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz formlarda yer alan tüm soruları cevaplamanız gerekmektedir. Bu görüşme, ortalama 20-25 dakika sürecektir. Araştırmaya katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve anladım. Araştırma ile ilgili sözlü olarak bilgilendirildim.

Adı Soyadı:

.../.../20..

İmza:

Arş. Gör. Emine İBİCİ AKÇA

EK-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu)

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen normal doğuma yönelik mobil eğitiminin normal doğum eğilimine etkisini değerlendirmektir. Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Araştırmada size tanıtıcı bilgilerin yer aldığı gebe tanıtım formu ve normal doğuma yönelik inancınızı ve eğiliminizi belirlemek amacıyla ölçek uygulanacaktır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İsteddiğiniz anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz formlarda yer alan tüm soruları cevaplamanız gerekmektedir. Bu görüşme, ortalama 10-15 dakika sürecektir. Araştırmaya katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve anladım. Araştırma ile ilgili sözlü olarak bilgilendirildim.

Adı Soyadı:

.../.../20..

İmza:

Arş. Gör. Emine İBİCİ AKÇA

EK-6: Gebe Tanıtım Formu

Anket No:

Sayın Katılımcı,

Gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin normal doğum eğilimine etkisini değerlendirmek amacıyla çalışma yapmaktayız. Verdiğiniz bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Adınız ve telefon numaranız daha sonra size ulaşabilmek için gerekmektedir, başka amaçla kullanılmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Arş. Gör. Emine İBİCİ AKÇA

- 1) **Yaşınız:.....**
- 2) **Eğitim düzeyiniz:**
1. Okuryazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite ve Üzeri
- 3) **Eşinizin yaşı:.....**
- 4) **Eşinizin eğitim durumu:**
1. Okuryazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite ve Üzeri
- 5) **Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz ?** 1. Evet 2. Hayır
- 6) **Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin gelir düzeyinizi ifade etmektedir?**
1. Düşük (Gelir giderden az) 2. Orta (Gelir giderle denk) 3. Yüksek (Gelir giderden fazla)
- 7) **Yaşadığınız Yer:** 1. İl 2. İlçe 3. Köy
- 8) **Aile Tipiniz:** 1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Diğer.....
- 9) **Gebelik haftanız:.....**
- 10) **Daha önce düşük/küretaj yaptınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 11) **Gebeliğiniz istenen bir gebelik mi?** 1. Evet 2. Hayır
- 12) **Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?** 1. Evet 2. Hayır
- 13) **Doğumunuzu hangi yöntem ile gerçekleştirmek istersiniz? Neden?**
1. Normal Doğum.....
2. Sezaryen Doğum
3. Karasızım.....
- 14) **Doğum yönteminize ilişkin alacağınız kararda aşağıdakilerden hangisi/hangileri etkilidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
1. Hekim 2. Ebe/hemşire 3. Eşim 4. Annem, babam, kardeşlerim 5. Akrabalarım 6. Arkadaşlarım
- 15) **Gebelik takiplerinizi sıklıkla nerede yaptırıyorsunuz?**
1. ASM 2. Devlet Hastanesi 3. Üniversite Hastanesi (Tıp Fak.) 4. Özel Hastane 5. Özel Muayenehane
- 16) **Daha önce doğumla ilgili bilgi aldınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
(Cevabınız evet ise 20. soruyu cevaplayınız hayır ise bir sonraki bölüme geçiniz.)
- 17) **Doğumla ilgili bilgi edinme kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
1. Hekim 2. Ebe/hemşire 3. Ailem 4. Akrabalarım/Arkadaşlarım 5. Medya araçları (TV-İnternet)

EK-7: Normal Doğuma İnanç Ölçeği

Aşağıda doğum eylemine ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkür ederiz.

NORMAL DOĞUMA İNANÇ ÖLÇEĞİ (NDİÖ)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Tamamen Katılıyorum (5)
ALGILANAN DUYARLILIK					
1.Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak benim için risklidir.					
2.Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak bebeğim için risklidir.					
3.Bir kere sezaryen ile doğum yaparsam sonraki doğumlarımda normal doğum yapma şansım azalır.					
ALGILANAN CİDDİYET					
4.Sezaryen doğumun istenmeyen olumsuz etkilerinden (ağrı, kanama, enf. vb.) korkuyorum.					
5.Normal doğum eylemi başladıktan sonra doğumumun herhangi bir sebepten dolayı sezaryen ile sonuçlanmasından korkuyorum.					
6.Normal doğum yapmadığımda bakımım ile ilgileyecek başka birisine ihtiyaç duyabilirim.					
7.Normal doğum yapmadığımda doğum sonu hastanede kalış sürem uzun olabileceğini düşünüyorum.					
ALGILANAN YARAR					
8. Normal doğumda benim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.					
9. Normal doğumda bebeğim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.					
10.Normal doğum sonrası kendimde “başarı” duygusu hissedirim.					
11.Normal doğumda sezaryen doğuma göre “doğum sayısına” ilişkin herhangi bir kısıtlama yaşamam.					
ALGILANAN ENGELLER					
12.Normal doğum sürecinde alttan (hazneden) muayene yapılmasından korkuyorum.					
13.Normal doğum ortamını (doğum masası, aletler vb.) düşündüğümde gerginlik ve endişe yaşıyorum.					
14.Normal doğumda alttan kesi yapılmasından korkuyorum.					
15.Normal doğum sürecinin çok uzamasından korkuyorum.					
16.Normal doğuma gebeliğim süresince beni takip eden doktorun katılmama ihtimali beni endişelendiriyor.					
17. Normal doğumda doğum yapacağım tarihin belirsiz olması beni endişelendiriyor.					
ALGILANAN ÖZ YETERLİLİK					
18.Bedenimin normal doğum için uygun olduğunu düşünüyorum.					
19.Doğum sancuları ile baş edebileceğimi düşünüyorum.					
20.Normal doğumu başarabileceğimi düşünüyorum.					
21.Normal doğuma yönelik bilgiye gereksinim duyduğumda sağlık profesyonellerine (ebe, doktor) nasıl ulaşabileceğimi biliyorum.					
SAGLIK MOTİVASYONU					
22.Doğum öncesi gebelik sürecine yönelik bir eğitim (gebe okulu, gebe sınıfı) alırsam normal doğum yapma şansım artar.					
23.Doğum öncesi gebelik izlemlerimi düzenli yaptırmak normal doğum sürecinde karşılaşılabileceğim sağlık risklerini azaltır.					
24.Etrafımdakilerin (aile/arkadaşlar) normal doğuma yönelik olumlu deneyim ve tavsiyeleri beni karar verme noktasında cesaretlendirir.					

EK-8: Görüşü Alınan Uzmanların Listesi

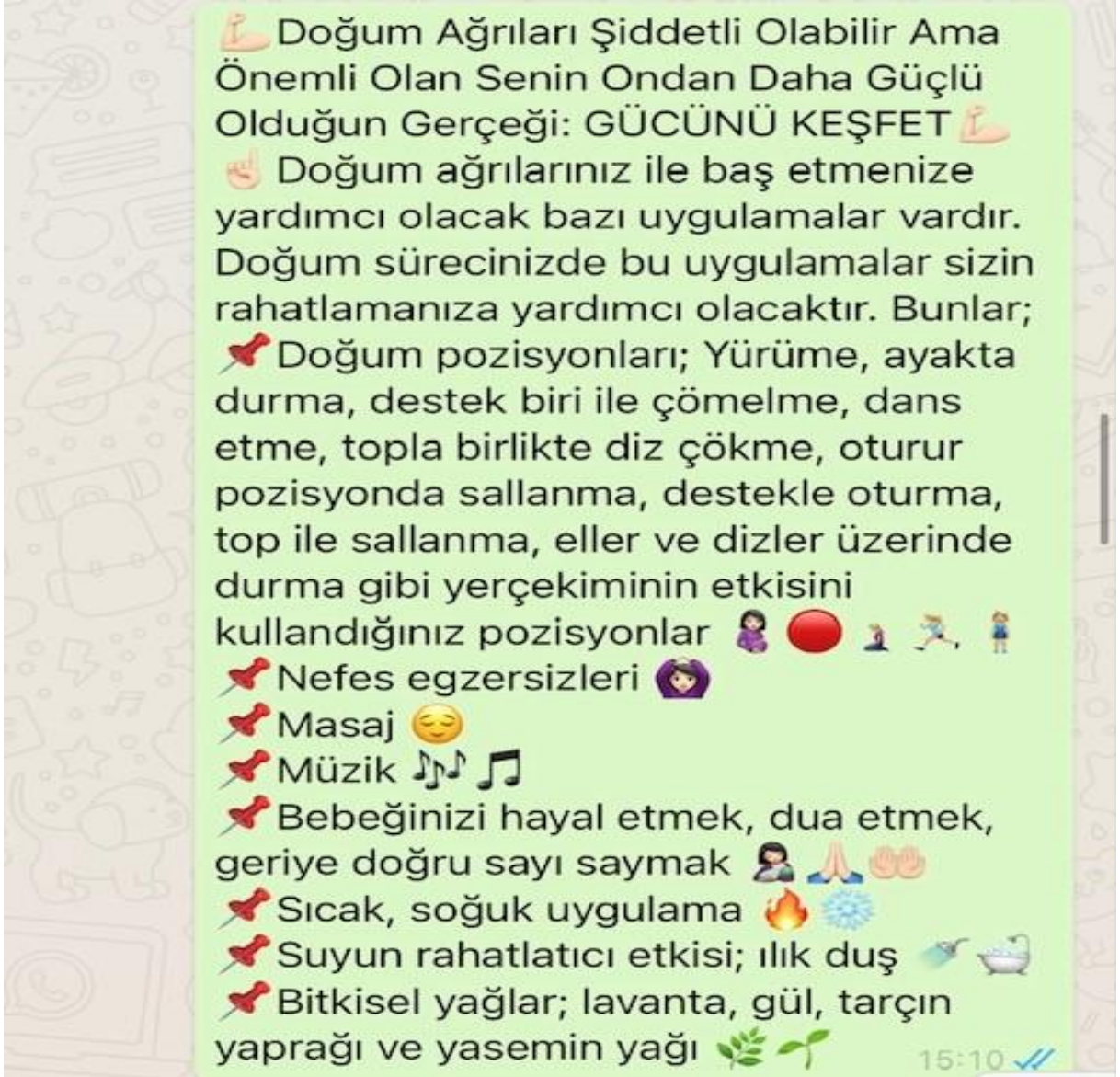
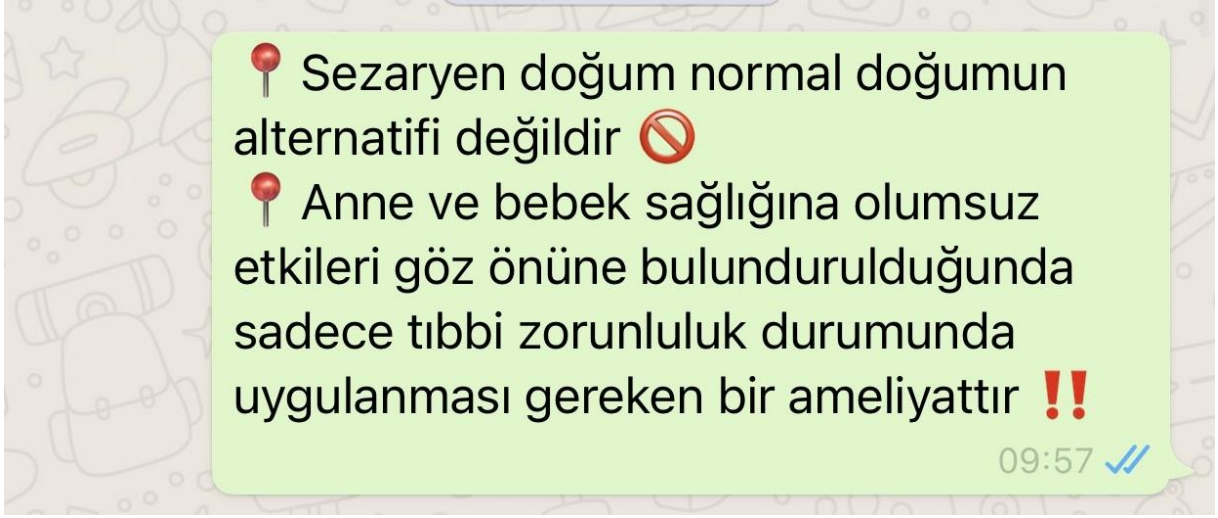
1) Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
2) Doç. Dr. Serap EJDER APAY Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
3) Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
4) Doç. Dr. Hava ÖZKAN Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
5) Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU BOĞA Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
6) Dr. Öğr. Üyesi Ebru GÖZÜYEŞİL Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
7) Dr. Öğr. Üyesi Duygu Murat ÖZTÜRK Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
8) Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
9) Dr. Öğr. Üyesi Sevinç KÖSE TUNCER Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
10) Dr. Öğr. Üyesi Mesude ULUŞEN Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
11) Dr. Öğr. Üyesi Burcu AVCIBAY VURGEÇ Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
12) Dr. Öğr. Üyesi Ayten YILMAZ YAVUZ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

EK-9: Madde Havuzu

1.Normal doğumun doğal bir doğum şekli olduğunu düşünüyorum.
2.Normal doğum benim için güvenlidir.
3.Normal doğum bebeğim için güvenlidir.
4.Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak benim için risklidir.
5.Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak bebeğim için risklidir.
6.Bir kere sezaryen ile doğum yaparsam sonraki doğumlarımda normal doğum yapma şansım azalır.
7.Sezaryen ile doğum yapmaktan korkuyorum.
8.Sezaryen doğumun istenmeyen olumsuz etkilerinden (ağrı, kanama, enf. vb.) korkuyorum.
9.Normal doğum eylemi başladıktan sonra doğumumun herhangi bir sebepten dolayı sezaryen ile sonuçlanmasından korkuyorum.
10.Normal doğum yapmadığımda geçireceğim ameliyat (sezaryen) nedeniyle sağlığım olumsuz etkilenebilir.
11.Normal doğum yapmadığımda geçireceğim ameliyat (sezaryen) nedeniyle bebeğimin sağlığı olumsuz etkilenebilir.
12.Normal doğum yapmadığımda ameliyata bağlı (sezaryen) uygulanacak ilaçlar nedeniyle sağlığım olumsuz etkilenebilir.
13.Normal doğum yapmadığımda ameliyata bağlı (sezaryen) uygulanacak ilaçlar nedeniyle bebeğimin sağlığı olumsuz etkilenebilir.
14.Normal doğum yapmadığımda emzirme sorunları yaşayabilirim.
15.Normal doğum yapmadığımda bakımım ile ilgilenecek başka birisine ihtiyaç duyabilirim.
16.Normal doğum yapmadığımda bebeğimin bakımı ile ilgilenecek başka birisine ihtiyaç duyabilirim.
17.Normal doğum yapmadığımda doğum sonu hastanede kalış sürem uzayabileceğini düşünüyorum.
18.Normal doğum yapmadığımda doğum sonu iyileşme sürecimin uzayabileceğini düşünüyorum.
19.Normal doğum benim sağlığımı korur.
20.Normal doğum bebeğimin sağlığını korur.
21.Normal doğumdan sonra bebeğimi hemen kucağıma alabilirim.
22.Normal doğumdan sonra bebeğimi hemen emzirebilirim.
23.Normal doğumda benim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.
24.Normal doğumda bebeğim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.
25.Normal doğumdan sonra hastaneden daha kısa sürede taburcu olabilirim.
26.Normal doğum sonrası kendimde “başarı” duygusu hissedirim.
27.Normal doğumda sezaryen doğuma göre “doğum sayısına” ilişkin herhangi bir kısıtlama yaşamam.
28.Normal doğum sürecinde sancı çekmekten korkuyorum.
29.Normal doğum sürecinde alttan (hazneden) muayene yapılmasından korkuyorum.
30.Normal doğum ortamını (doğum masası, aletler vb.) düşündüğümde gerginlik ve endişe yaşıyorum.
31.Normal doğum sırasındaki pozisyonun utanç verici olduğunu düşünüyorum.
32.Normal doğumda alttan kesi yapılmasından korkuyorum.
33.Normal doğum sürecinin çok uzamasından korkuyorum.
34.Normal doğum sürecinde yalnız kalmaktan korkuyorum
35.Normal doğuma gebeliğim süresince beni takip eden doktorun katılmama ihtimali beni endişelendiriyor.
36.Normal doğum sırasında ebelerin bilgi ve becerilerinin yetersiz olma ihtimali beni

endişelendiriyor.
37.Normal doğum sırasında doktorların bilgi ve becerilerinin yetersiz olma ihtimali beni endişelendiriyor.
38.Normal doğumda doğum yapacağım tarihin belirsiz olması beni endişelendiriyor.
39.Bedenimin normal doğum için uygun olduğunu düşünüyorum.
40.Doğum sancuları ile baş edebileceğimi düşünüyorum.
41.Doğum sırasında bebeğimi nasıl itmem (nefes almam ve ıkınmam) gerektiğini biliyorum.
42.Normal doğumu başarabileceğimi düşünüyorum.
43.Normal doğuma yönelik bilgiye gereksinim duyduğumda sağlık profesyonellerine (ebe, doktor) nasıl ulaşabileceğimi biliyorum.
44.Gebelik öncesi sağlık profesyonellerinden (ebe, doktor) danışmanlık almak normal doğum sürecinde karşılaşılabileceğim sağlık sorunlarına karşı beni korur.
45.Doğum öncesi gebelik sürecine yönelik bir eğitim (gebe okulu, gebe sınıfı) alırsam normal doğum yapma şansım artar.
46.Doğum öncesi gebelik izlemlerimi düzenli yaptırmak normal doğum sürecinde karşılaşılabileceğim sağlık risklerini azaltır.
47.Sağlık profesyonellerinin (ebe, doktor) normal doğuma yönelik tavsiyeleri beni cesaretlendirir.
48.Etrafımdakilerin (aile/arkadaşlar) normal doğuma yönelik olumlu deneyim ve tavsiyeleri beni karar verme noktasında cesaretlendirir.
49.Normal doğum yapmak sağlığımın korunması ve geliştirilmesinde etkilidir.

EK-10: Örnek Kısa Mesaj İçerikleri



**Normal Doğuma Yönelik Gebe Eğitim
Kitapçığı**



HAZIRLAYANLAR

Arş. Gör. Emine İBİCİ AKÇA

Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA

ÖNSÖZ

Tüm dünyada ve ülkemizde son yıllarda sezaryen doğum oranları gittikçe artmaktadır. Tıbbi gereklilik durumlarında uygulanan sezaryen doğum hayat kurtarıcı bir yöntem olmakla birlikte, gereksiz yapılan sezaryen doğumlar anne ve yenidoğan için bazı riskler taşımaktadır. Bu durum artan sezaryen oranlarını önemli bir sorun haline getirmektedir.

Gereksiz sezaryen oranlarının azaltılmasında gebeleri normal doğuma yönelik bilgilendirerek farkındalıklarını arttırmak ve doğuma hazırlamak etkili bir yöntemdir.

Bu kitapçık sizleri normal doğuma yönelik bilgilendirerek gereksiz sezaryen oranlarını azaltmak ve normal doğum eğilimini arttırmak amacı ile hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

Algılanan Duyarlılık

Doğum.....	1
Normal Doğum.....	1
Normal Doğumun Evreleri.....	1
Sezaryen.....	2
Sezaryen Doğum Hangi Durumlarda Uygulanır?.....	2
Sezaryen ile Doğumun Riskleri Nelerdir?.....	3
Bir Kere Sezaryen Hep Sezaryen Demek Mi?.....	4

Algılanan Ciddiyet

Sezaryen Doğumun Anneye Yönelik Olumsuz Etkileri Nelerdir?.....	5
Sezaryen Doğumun Yenidoğana Yönelik Olumsuz Etkileri Nelerdir?.....	6

Algılanan Yarar

Normal Doğumun Anne Sağlığı Açısından Yararları Nelerdir?.....	7
Normal Doğumun Yenidoğan Sağlığı Açısından Yararları Nelerdir?.....	9

Algılanan Engeller

Normal Doğuma Yönelik Karşılaşılabilecek Engeller Nelerdir?.....	10
--	----

Algılanan Öz-Yeterlilik

Doğum Ağrıları ile İlaçsız Baş Edebilirsiniz !.....	12
Doğumda Haznenizde Yırtık Oluşmasını ve Kesi Yapılma İhtiyacını Azaltabileceğinizi Biliyor Muydunuz?.....	16

Doğumda Haznemi Korumaya Yönelik Egzersizleri Nasıl Yapabilirim?.....	17
Kendinize ve Bedeninize Güvenin.....	18
Sağlık Motivasyonu	
Doğum Öncesi Takiplerimi Neden Düzenli Yaptırmalıyım?.....	20
"Bilgili Anneler, Sağlıklı Bebekler"	21
Anne Dostu Hastanelerin Farkı Nedir?.....	22
Bu Senin Hikayen; Sen Eşsizsin.....	23
Kaynaklar.....	24

ALGILANAN DUYARLILIK

DOĞUM

Doğum, siz ve aileniz için oldukça önemli ve özel bir deneyimdir.



NORMAL DOĞUM

38-42. gebelik haftaları arasında düzenli rahim kasılmaları sonucu bebeğinizin doğumunun doğum kanalı yolu ile gerçekleşmesi *normal doğum* olarak tanımlanır.

NORMAL DOĞUMUN EVRELERİ

Normal doğum eylemi dört aşamada gerçekleşir.

- 1. Evre:** Düzenli rahim kasılmalarının başlamasıyla rahim ağzınızın tam olarak açılmasına (10 cm) kadar geçen süredir.
- 2. Evre:** Rahim ağzınızın tam olarak açılmasıyla bebeğinizin doğumu arasında geçen süredir.
- 3. Evre:** Bebeğinizin doğumundan bebeğinizin eşinin (plasenta) doğumuna kadar geçen süredir.
- 4. Evre:** Plasentanızın doğumundan 1-4 saat sonrasına kadar olan dönemdir.

SEZARYEN

Sezaryen, karnınıza ve rahminize kesi atılarak bebeğinizin doğumunun gerçekleştirildiği cerrahi bir süreçtir.



SEZARYEN DOĞUM HANGİ DURUMLARDA UYGULANIR?

Sezaryen doğum; normal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda ya da normal doğumun anne ve bebek için ciddi risklerinin bulunduğu durumlarda uygulanır.



Sezaryen doğum normal doğumun alternatifi değildir, anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri göz önüne bulundurulduğunda sadece tıbbi zorunluluk durumunda uygulanması gerekir !

Ülkemizde her 2 kadından biri sezaryen ile doğum yapmaktadır ve sezaryen doğumların önemli bir bölümünü *isteğe bağlı sezaryenler* oluşturmaktadır.

Ancak sezaryen doğum isteğe bağlı olarak değil sadece tıbbi gereklilik durumlarında yapılması gereken bir ameliyattır !

SEZARYEN İLE DOĞUMUN RİSKLERİ NELERDİR?

Sezaryen ile doğum, gerekli durumlarda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, sezaryen doğuma bağlı riskler, normal doğuma göre daha yüksektir.

- ✚ Normal doğuma göre sezaryen doğumda anne ölüm ve hastalık oranları yaklaşık 4 kat daha fazladır.
- ✚ Sezaryen doğuma bağlı anne ölümlerinin $\frac{1}{4}$ 'ü anestezinin yan etkileri nedeniyle yaşanmaktadır.
- ✚ Sezaryen doğumda annede mesane ve barsak yaralanma riski bulunmaktadır.



BİR KERE SEZARYEN HEP SEZARYEN DEMEK Mİ?

- ✦ Tıbbi açıdan uygun kişilerde yapılan sezaryen sonrası normal vajinal doğumun başarılı ve güvenli bir yöntem olduğu belirtilmektedir.
- ✦ Normal doğuma göre anne ve bebek için riskleri daha fazla olan sezaryen doğum oranlarının azaltılmasında ve isteğe bağlı sezaryen yaklaşımının terk edilmesinde sezaryen sonrası vajinal doğum değerlendirilmesi gereken bir doğum şeklidir.

**SEZERYAN
SONRASI VAJİNAL
DOĞUM MÜMKÜN**



ALGILANAN CİDDİYET

SEZARYEN DOĞUMUN ANNEYE YÖNELİK OLUMSUZ ETKİLERİ NELERDİR?

Sezaryen doğumun anneye yönelik bir takım olumsuz etkileri bulunur. Bunlar;

- ✚ Anestezinin yan etkileri,
- ✚ Doğum sonu ameliyat yerine bağlı ağrı,
- ✚ Doğum sonu hareket etmede zorlanma,



- ✚ Doğum sonu kanama riskinin daha fazla olması ,
- ✚ Doğum sonu ateş,
- ✚ Hastanede kalış süresinin uzaması,

- ✚ İyileşmede gecikme,
- ✚ Annenin kendi bakımlarını karşılamada yetersizlik,
- ✚ Enfeksiyon riski,
- ✚ Meme sorunları,
- ✚ Geç emzirme,
- ✚ Karın içi organların birbirine yapışma riski,
- ✚ Gelecek doğumların risklerini arttırma şeklindedir.



SEZARYEN DOĞUMUN YENİDOĞANA YÖNELİK OLUMSUZ ETKİLERİ NELERDİR?

Sezaryen doğumun yenidoğana yönelik bir takım olumsuz etkileri bulunur. Bunlar;

- ✚ Anestezinin yan etkileri,
- ✚ Solunum sorunları,
- ✚ Hastanede kalış süresinin uzaması,



- ✚ Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranında artış,
- ✚ Sezaryen doğuma bağlı yaralanma riski,

- ✚ Bebek bakımının karşılanmasında başka birisine ihtiyaç duyulması,
- ✚ Anne bebek iletişimde gecikme,
- ✚ Kan şekerinde düşüş
- ✚ Emzirme ile ilgili problemler şeklindedir.



ALGILANAN YARAR

NORMAL DOĞUMUN ANNE SAĞLIĞI AÇISINDAN YARARLARI NELERDİR?

- ✚ Normal doğuma bağlı hastalık, sakatlık ve ölüm riski sezaryen doğuma göre daha azdır.
- ✚ Normal doğuma bağlı ciddi problemler daha az görülür.
- ✚ Normal doğumda anesteziye bağlı olumsuz etkilere maruz kalmazsınız.
- ✚ Doğum sırasında vücudunuzda salgılanan hormonlar sayesinde doğum sonu dönemde sütünüz hemen gelir ve erken dönemde emzirmeye başlarsınız.



- ✚ Normal doğumda iyileşme süreciniz daha hızlıdır.
- ✚ Normal doğumdan sonra günlük yaşamınıza kısa sürede dönersiniz.

✚ Normal doğumda sezaryen doğumda olduğu gibi doğum sayınıza ilişkin sınırlama yoktur.

✚ Normal doğumda doğum sonu kanamalarınız daha az olur.

✚ Normal doğum sonrası hastaneden daha kısa sürede taburcu olabilirsiniz.

✚ Normal doğum ekonomiktir.



NORMAL DOĞUMUN YENİDOĞAN SAĞLIĞI AÇISINDAN YARARLARI NELERDİR?

✚ Normal doğumda bebeğiniz ile daha çabuk iletişim kurarsınız.

✚ Normal doğumdan hemen sonra bebeğiniz kucağınıza verilir.

✚ Normal doğumdan sonra bebeğiniz ile daha erken duygusal bağ kurarsınız.



✚ Normal doğumdan sonra bebeğinizi hemen emzirilebilirsiniz, böylece bebeğiniz uzun süre aç kalmaz.

✚ Normal doğum sonrası bebeğinizde solunum sıkıntısı görülme olasılığı sezaryen doğuma göre daha azdır.

✚ Normal doğum sonrası bebeğiniz için yenidoğan yoğun bakım ünitesine duyulan ihtiyaç daha azdır.

✚ Normal doğumda bebeğinize ait ciddi problemler daha az görülür.

ALGILANAN ENGELLER

NORMAL DOĞUMA YÖNELİK KARŞILAŞILABİLECEK ENGELLER NELERDİR?

- Doğumla ilişkili yeterli bilgiye sahip olmayabilir ve doğum ağrısından korkabilirsiniz.
- Doğum ağrısı ile nasıl baş edeceğinizi bilmiyor olabilirsiniz.
- Bebeğinize kavuşmak için sabırsızlanıyor olabilirsiniz.
- Doğum zamanınızı kontrol etmek ve planlamak istiyor olabilirsiniz.



- Doğumhane ortamından korkabilirsiniz.
- Normal doğum sürecinde sık ve ağrılı vajinal muayene yapılmasından korkabilirsiniz.
- Normal doğumun uzun süreceğini düşünüp endişeleniyor olabilirsiniz.
- Normal doğumun bebeğinize zarar vereceğini düşünüyor olabilirsiniz.

- Normal doğumda haznenize kesi yapılmasından korkuyor olabilirsiniz.



- Normal doğum sonrası haznenizde yırtık oluşmasından ve onarımından korkabilirsiniz.
- Normal doğuma bağlı idrar, dışkı kaçırmaya gibi sorunlar yaşama endişesi duyabilirsiniz.
- Normal doğum sonrası cinselliğinizin daha fazla etkileneceğini düşünebilirsiniz.
- Normal doğumda doğum yaptıracak ekibe güvensizlik duyabilirsiniz.
- Normal doğum için kendinizi yetersiz görüyor olabilirsiniz.



ALGILANAN ÖZ-YETERLİLİK

DOĞUM AĞRILARI İLE İLAÇSIZ BAŞ EDEBİLİRSİNİZ !

Doğum Ağrıları Şiddetli Olabilir Ama Önemli Olan Senin Ondan

Daha Güçlü Olduğun Gerçeği: **GÜCÜNÜ KEŞFET**

"Yerçekimi" doğumdaki en büyük yardımcınızdır. Doğumda farklı pozisyonlar deneyerek ve hareket ederek yer çekiminin etkisini kullanın.



YERÇEKİMİNE KARŞI KOYMA !

"Yürüme, ayakta durma, dans etme, topa birlikte diz çökme, oturur pozisyonda sallanma, destekle oturma, top ile sallanma, destek biri ile çömelme, eller ve

dizler üzerinde durma" gibi pozisyonlar doğumda yerçekiminin etkisini kullanabileceğiniz pozisyonlardır.

NEFES AL VE HİSSET

Doğuma hazırlık sürecinde öğrendiğiniz nefes egzersizlerini doğumunuz sırasında uygulayın ve gevşeyin.





GEVŞE

Doğum sürecinde "karın, boyun, sırt, bel, bacak, omuz, ayak ve ellerinize" masaj yapmak



rahatlamanıza ve gevşemenize yardımcı olur.



MÜZİKLE RAHATLA

Doğum sürecinde sevdiğiniz müzikleri dinlemek doğum ağrısı ile baş etmenize yardımcı olur ve sizi rahatlatır.

Piyano, ney ve flüt gibi enstrümanların oluşturduğu müzikleri veya slow müzikleri tercih edebilirsiniz.





BEBEĞİNİ DÜŞÜN HERŞEYİ UNUT

Doğum sürecinde bebeğinizi düşünmeniz ve bebeğiniz ile ilgili hayaller kurmanız dikkatinizi ağrı dışında yoğunlaştırmanızı ve ağrıyı daha az hissetmenizi sağlar.

Bunun yanı sıra dua etmek, geriye doğru saymak ya da şarkı söylemek gibi yöntemlerde dikkatinizi ağrı dışında yoğunlaştırmanıza yardımcı olabilir.



SICAĞI HİSSET AĞRIYI DEĞİL !

Doğum sürecinde sıcak uygulama, doğumunuzun başlangıcında bel ağrılarınızı, sonlarına doğru ise alt bölgenizdeki ağrılarınızı rahatlatır. Sıcak uygulamayı sıklıkla karnınıza, sırtınıza, kasık ve alt özel bölgenize uygulayabilirsiniz.

SOĞUK UYGULAMA İLE AĞRIYI DONDUR !

Doğum sürecinde genellikle sırtınıza, belinize, göğsünüze ve yüzünüze yapılan soğuk uygulama ağrılarınızın hafiflemesinde ve rahatlamanızda etkilidir.



KENDİNİ SUYA BIRAK



Doğum sürecinde ılık su dolu küvetin içine girmeniz veya duş almanız gevşemenize ve doğum ağrısını daha az hissetmenize yardımcı olur.

BİTKİSEL YAĞLARLA RAHATLA

Doğum sürecinde banyo suyunuza, yastığınıza ve yatağınıza, kıyafetlerinize, avuç içlerinize ya da masaj yapılacak krem içerisine bitki veya bitki özlerinden elde edilen yağların eklenmesi rahatlamınıza yardımcı olur.



Doğum ağrısının hafifletilmesinde ve gevşemede sıklıkla "lavanta, gül, tarçın yaprağı ve yasemin yağları" etkilidir.

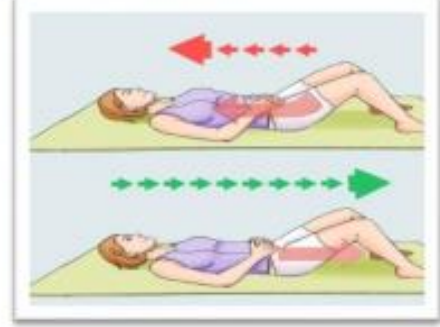
Doğum ağrısı ile baş etmenizde bu yöntemler dışında etkili ancak uygularken bir uzman ve hazırlık dönemi gerektiren farklı yöntemler de (akupunktur, akupresür, yoga, hipnoz vb.) bulunmaktadır.

**DOĞUMDA HAZNENİZDE YIRTIK OLUŞMASINI VE KESİ
YAPILMA İHTİYACINI AZALTBİLECEĞİNİZİ BİLİYOR
MUYDUNUZ?**

- ✚ Gebeliğinizin 20. haftası itibari ile hazne etrafındaki kaslarınızı g¼çlendirmeye yönelik bazı egzersizleri (kegel) d¼zenli olarak yapmanız,
- ✚ Gebeliğinizin 34. haftası itibari ile haznenize masaj yapmanız,
- ✚ Doğumda dik pozisyonlar ve yan pozisyonları tercih etmeniz,
- ✚ Bebek başı doğarken nefesinizi tutarak değil nefes vererek ıkınmanız,
- ✚ Doğum esnasında haznenize masaj yapılması,
- ✚ Doğumda alt b¼lgenize sıcak bezler ya da sıcak su paketleri ile sıcak uygulama yapılması haznenizde yırtık oluşmasını ve kesi yapılma ihtiyacını azaltır.

DOĞUMDA HAZNEMİ KORUMAYA YÖNELİK EGZERSİZLERİ (KEGEL EGZERSİZLERİ) NASIL YAPABİLİRİM?

Egzersizleri yatarken, otururken ve ayakta yapabilirsiniz. Haznenizin etrafındaki bölgeyi düşünün, gaz çıkışını veya idrar çıkışını durdurmaya çalışıyormuş gibi bölgedeki kasları kasın. Kasma işlemi içinizden 6 sn sayana kadar



sürdürün sonra tamamen gevşeyin. İkinci kasma işlemine geçmeden önce aradan 2 dk geçmesini bekleyin. Egzersizi günde 2 sefer ve her her seferinde 8 kez tekrarlayın.



Egzersizin etkisini 4-6. haftalarda görmeye başlarsınız. Egzersizin etkisinin sürmesi için ömür boyu devam etmeniz gerekir.

AYRICA BU EGZERSİZLERİ DÜZENLİ OLARAK YAPARSANIZ DOĞUM SONU DÖNEMDE İDRAR VE DIŞKI KAÇIRMA GİBİ SORUNLARI ÖNLEYEBİLİRSİNİZ



KENDİNİZE VE BEDENİNİZE GÜVENİN

- Doğum öncesi dönemde doğuma hazırlık sınıflarına katılarak ve gebelik takiplerinizi düzenli yaptırarak gebelik ve doğumla ilişkili yeterli bilgiyi elde edebilirsiniz.



- Doğum ağrıları ile ilaçsız baş etme tekniklerini uygulayarak doğum ağrılarınızı kontrol altına alabilirsiniz.

- Normal doğuma yönelik beklenen doğum tarihinizi öğrenip doğumunuz için hazırlıklarınızı tamamlayabilirsiniz.

- Doğuma gitmeden önce doğum yapmayı planladığınız hastanenin



doğum ortamını görmeniz ve doğum ekibiniz ile tanışmanız rahatlamanıza yardımcı olur.

- Doğum sürecinizde sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde olursanız

doğumunuza aktif olarak katılım sağlayabilir ve kendi doğumunuzu yönetebilirsiniz.



- ✚ Basit uygulamalar ile normal doğumda haznenizde yırtılma ve kesi yapılma ihtiyacını azaltabilirsiniz.
- ✚ Doğumdan sonra idrar ve dışkı kaçırma gibi sorunları öğrendiğiniz ve yapacağınız egzersizlerle önleyebilirsiniz.

- ✚ Genellikle bebeğin başı ile çatı uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, iri bebek gibi durumlar dışında vücudunuzun yapısı normal doğum için uygundur. **ENDİŞELENMEYİN.**



Doğumda
Kendime ve
Bedenime
Güveniyorum

SAĞLIK MOTİVASYONU

Doğum öncesi dönemde sağlığınız ile ilgili gebelik takiplerinizi düzenli yaptırmanız, doğuma hazırlık eğitimlerine katılmanız, anne dostu hastanelerle ilgili bilgi almanız ve pozitif doğum hikayeleri dinlemeniz normal doğum kararınızı olumlu yönde etkileyecektir.



DOĞUM ÖNCESİ TAKİPLERİMİ NEDEN DÜZENLİ YAPTIRMALIYIM?

Doğum öncesi takiplerinizi düzenli yaptırırsanız;

- Sizin ve bebeğinizin ölüm ve hastalık riski azalır.
- Gebelik ve doğumla ilişkili bilgi düzeyiniz artar.
- Doğumunuzla ilişkili bilinçli kararlar verirsiniz.



"BİLGİLİ ANNELER, SAĞLIKLI BEBEKLER"

Gebelerin doğum sürecine yönelik bilgi eksikliği normal doğumdan korkmalarına ve sezaryen doğuma yönelmelerine sebep olmaktadır.



Bu nedenle doğum öncesi dönemde eğitim almak sizlerin ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden doğuma ve doğum sonrası döneme bilinçli bir şekilde hazırlanmanız için son derece önemlidir.

Doğuma hazırlık sınıflarında size:



- ✚ Gebeliğin ve doğumun doğal süreçler olduğu,
- ✚ Gebelik ve doğumda yaşanacak değişiklikler,
- ✚ Doğumun aşamaları,
- ✚ Doğum ağrısı ile ilaçsız baş etme teknikleri,
- ✚ Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yaşanabilecek sorunlar,
- ✚ Normal doğumun anne ve bebek için yararları,
- ✚ Doğum sonu dönem,
- ✚ Yenidoğan bakımı gibi konular anlatılmaktadır.

Sağlık bakanlığına bağlı kurumların gebe okulu veya gebe bilgilendirme sınıflarında ücretsiz doğum öncesi eğitimler verilmektedir. Ayrıca tıp merkezleri veya serbest çalışma izni bulunan sağlık profesyonelleri de "doğuma hazırlık eğitimleri" yürütmektedir.



Bu eğitimlere katılımınız doğum deneyiminizi olumlu yönde etkiler.

ANNE DOSTU HASTANELERİN FARKI NEDİR?

Sağlık bakanlığının belirlediği kriterleri benimseyen anne dostu hastanelerin amacı gebeleri normal doğuma teşvik etmek ve doğumda kadına gereksiz müdahale yapılmasını önlemektir.

Doğumunuzu bir anne dostu hastanede gerçekleştirirseniz;

✚ Mahremiyetinizin korunduğu tek kişilik doğum odalarında doğum



yapabilirsiniz.

✚ Doğum esnasında yanınızda uygun bir refakatçi bulundurabilirsiniz.

✚ Doğum sürecinizde dilediğiniz gibi hareket edebilirsiniz.

Anne dostu güncel hastane listesine Sağlık Bakanlığının resmi web sitesinden ulaşabilirsiniz.



BU SENİN HİKAYEN; SEN EŞSİZSİN

Gebeliğiniz süresince yardım almak için başka kadınların deneyim ve tavsiyelerinden yararlanmak isteyebilirsiniz.

Bu süreçte gebeler en çok doğum yapmış olan kadınların doğum hikayelerini merak ederler. Bazı doğum hikayeleri vardır ki kadınlara ilham verir, bazı doğum hikayeleri de kadınların doğum şekline yönelik düşüncelerini olumsuz etkiler.



Şunu unutmamalısınız ki her kadının doğumu kendine özgüdür. Doğum için kıyaslama yapmak aynı olumsuzlukları yaşayacağını düşünmek kendi bedeninize ve bebeğinize haksızlık yapmanız anlamına gelir.

KAYNAKLAR

1. Reisz S, Jacobvitz D, George C. Birth and Motherhood: Childbirth Experience and Mothers'perceptions of Themselves And Their Babies. *Infant Ment Health J* 2015, 36(2): 167-78.
2. Kömürçü N. Doğum ağrısı ve yönetimi, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013.
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.
4. Durmaz A. Doğum Eylemi. İçinde: Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (editörler). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018: 1-36.
5. Kızılkaya Beji N. *Hemşire ve Ebeler Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017
6. Şirin A. *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 707-811.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Kadın ve Üreme Sağlığı Programları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kadin-ve-ureme-sagligi-programlari> 4 Haziran 2020.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, 2010*. Ankara, Damla Matbaacılık.
9. Baghianmoghadam MH, Hashemifard T, Jafari S, Yadollahi P, Kamalimoradzade M, Hashemifard F. The effect of educational intervention on selection of delivery method based on health belief model. *J Community Heal Res* 2014, 3(2): 115-23.
10. Elzahaf R, Ajroud S. Prevalence and indication of cesarean section in Al-Wahda Hospital, Derna, Libya: A retrospective study. *Libyan J Med Sci* 2018, 2(2): 68-72.
11. Isah A, Adewole N, Zaman J. A five-year survey of cesarean delivery at a Nigerian tertiary hospital. *Trop J Obstet Gynaecol* 2018, 35(1): 14-7.
12. Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque D, Khan A, Ali T, et al. Indications and determinants of caesarean section delivery: evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *PLoS One* 2017, 12(11): 1-16.
13. Naeef H, Al-Bayati M, Abd-El-Kareem H. Impact of Maternal Age, Parity, and Birth Weight Distribution on Primary Cesarean Delivery Rates. *Iraqi J Community Med* 2012, 25(2): 97-102.
14. Gözübüke F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu:"bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Derg* 2011, 18(2): 89-100.
15. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1 19 Nisan 2020.
16. Sayın NC, Gürsoy Erzincan S, Uzun Çilingir I. Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klin Gynecol Obstet Top* 2018, 11(1): 76-81.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yılığ 2018. https://www.saglikaktuel.com/d/file/36134_siy2018trpdf.pdf 20 Nisan 2020.
18. Yanikkerem E, Karakuş A. Bazı Ülkelerin Rehberlerine Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016, 13(2): 79-87.
19. Karaçam Z, Gezer N. Vajinal Doğumda Epidural Analjezi Kullanımı ve Anne-Bebek Sağlığına Etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg* 2017, 7(3): 137-47.
20. Korkut S, Kaya N. Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg* 2019, 6(1): 144-52.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı*, 2014. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/gebe_bilgilendirme_egitim_kitabi.pdf 2 Haziran 2020.
22. Amanak K, Karaçam Z. Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2018, 28(1): 17-22.
23. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008, 37: 85-93.

24. Maghaddam-Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A, Abbaspoor Z. Development of a questionnaire to measure attitude toward birth method selection. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2017, 22(2): 147-56.
25. Özkan B, Çeber Turfan E, Yaşaroğlu Toksoy S. Ebelik Uygulama Standartları. 1. Baskı. Ankara, Vize Yayıncılık, 2016.
26. Mamuk R, Nİ D. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni* 2010, 44(3): 137-44.
27. Karabulutlu Ö. Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Cauc J Sci*, 2014, 1(1): 43-50.
28. Durmaz A, Kömürcü N. Doğum Ağrısının Yönetiminde Non-farmakolojik Yöntemler: Sistematik İnceleme. *Türkiye Klin Obstet Heal Dis Nursing-Special Top* 2015, 1(3): 48-63.
29. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Derg* 2007, 17(3): 181-6.
30. Sevil Ü, Ertem G. *Perinatoloji ve Bakım*. 1. Baskı. İzmir, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2016.
31. Demingöz Bal M, Dereli Yılmaz S. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara, Akademisyen kitabevi, 2017.
32. England P, Horowitz R. *Doğuma Hazırlık için Olağanüstü Bir Rehber İçgüdüsel Doğum*. İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık, 2011.
33. Çatalgöl Ş. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı Yüksek Lisans Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi, 2013.
34. Başer M, Taşçı S. *Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*. 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015.
35. Dönmez S, Kavlak O. Gebelikte Pelvik Taban Kas Egzersizi. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg* 2014, 3(1): 45-9.
36. Kaya N, Demirel G. Perineal Travmayı Azaltmaya Yönelik Alternatif Yöntemler. *ACU Sağlık Bil Derg* 2019, 10(2): 156-160.
37. Mamuk R, Gençalp NS. Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. *Int J Hum Sci* 2013,10(2): 48-66.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı. Gebe Okulu, Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri Hakkında Genelge, 2019. <https://sbm.saglik.gov.tr/TR,49222/gebe-okulu-gebe-bilgilendirme-sinifi--doguma-hazirlik-ve-danismanlik-merkezleri-hakkinda-genelge.html> 10 Haziran 2020.
39. Mete S, Çiçek Ö, Aluş Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. *Türkiye Klin Hemsire Bilim* 2017, 9(3): 201-6.
40. Coşar F, Demirci N. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *SDÜ Sağlık Bilim Enstitüsü Derg* 2012;3(1): 18-30.
41. Aslantekin Özçoban F, Özen Karaman E. Androjenik Yaklaşım ile Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum ve Doğum Sonrası Sürece Etkisinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg* 2019, 6(4): 215-21.
42. Abbas AM, Rabeea M, Abdel Hafiz HA, Ahmed NH. Effects of irregular antenatal care attendance in primiparas on the perinatal outcomes: a cross sectional study. *Proc Obstet Gynecol* 2017, 7(2):2: 1-11.
43. Uzun B, Ünal E, Kırdeve MK. Gebelik Sürecinde Poliklinik Takibinin Gebelerin Sağlık Bilgi Düzeyine Katkısı: Bir Alan Araştırması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg* 2017, 33(3): 32-45.
44. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2007, 16(1): 9-12.
45. Goole Görsel Arama Motoru. <https://www.google.com/imghp?hl=TR> 10 Haziran 2020.

Eğitim ile ilgili sorularınız için: **Arş. Gör. Emine İBİCİ AKÇA** ile iletişim kurunuz.

e-mail:emineebici@gmail.com

Adres: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü MALATYA