

← Tuba BÜYÜKKAL

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak  
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya  
(sol yandaki gibi) olacak .

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;  
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS

DOĞUM ŞEKLİNİN OPTİMALİTE DÜZEYİNE VE KONFORA ETKİSİ

TUBA BÜYÜKKAL

DANIŞMAN  
DR. ÖĞR. ÜYESİ TÜLAY YILMAZ

EBELİK ANABİLİM DALI  
EBELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

**TEZ ONAYI**

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



TUBA BÜYÜKKAL

## İTHAF

Beni bugünlere getiren canım Anneme ve Babama ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar benden akademik bilgisini, emeğini ve sevgisini esirgemeyen, tez sürecindeki destekleyici ve sabırlı yaklaşımı ile kendisinden çok şey öğrendiğim, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, çok kıymetli danışman hocam SAYIN Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ'a,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde desteğini esirgemeyen başta sayın hocam Prof. Dr. Gülümser Dolgun olmak üzere tüm değerli hocalarıma,

Vaka toplama sürecinde bana kolaylık sağlayan İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın ve Doğum Hastanesi Polikliniği çalışanlarına,

Akademik hayatımda desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim başta canım arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA'ya, Arş. Gör. Zeynep BAROL KURTOĞLU'na ve Arş. Gör. Neriman GÜDÜCÜ'ye olmak üzere tüm mesai arkadaşlarıma,

Yüksek lisans serüvenine birlikte atıldığımız ve çok şey paylaştığımız canım lisansüstü dönem arkadaşlarım Güler BİLİCİ'ye ve Pooneh AGHİL DİZAJ'a,

Şu yaşıma kadar yanımda olan ve destek veren canım abim Dr. Yunus GÜRDAL'a, tez sürecimde kendi teziymiş gibi emek ve destek veren, kardeşliğin yanında en yakınım olarak her daim yanımda olan canım dostum, kız kardeşim Arş. Gör. Saliha GÜRDAL KARAKELLE'ye

Hayatıma girdiği andan itibaren bana katlanan, sevinçlerimi ve üzüntülerimi paylaşan, sevgisi ve desteğiyle her daim yanımda olan canım eşim Halil Safa BÜYÜKKAL'a,

Akademik serüvene beraber atıldığımız, bu sürecin her aşamasına benimle birlikte şahitlik eden, güzel gülüşüyle motive olduğum, varlığı şükür sebebim olan canım oğlum Yusuf Hamza BÜYÜKKAL'a ve henüz aramıza katılmasa da minicik varlığıyla abisi gibi şükür sebebim olan canım Evladım,

Tüm hayatım boyunca onların evladı olmaktan gurur duyduğum ve hep onlar gibi olmak istediğim, emeklerini asla ödeyemeyeceğim, desteklerini her daim hissettiğim, bugünlere gelmemi sağlayan, çok sevdiğim canım Anneme ve Babama en içten duygularıyla teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Perinatal Dönem.....	3
2.1.1. Perinatal Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar.....	3
2.2. Doğum Eylemi .....	4
2.2.1. Doğum Şekilleri .....	5
2.2.1.1. Normal Spontan Doğum (NSD).....	5
2.2.1.2. Sezaryen ile Doğum (C/S) .....	5
2.3. Optimalite Kavramı .....	6
2.3.1. Perinatal Alanda Optimalite Kavramı ve Kullanımı.....	6
2.4. Konfor Kavramı .....	7
2.4.1. Doğum Sonu Konfor Düzeyi .....	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	9
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	9
3.2. Araştırma Soruları.....	9
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	9
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	10
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanmasında Kullanılan Araçlar.....	11
3.5.1 Kişisel Bilgi Formu.....	11
3.5.2. Optimalite İndeksi- Türkiye (OI-TR) .....	11
3.5.3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ).....	11

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Yol.....	12
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	13
3.8. Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi .....	13
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	13
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri .....	13
4. BULGULAR.....	15
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri .....	15
4.2. Katılımcıların Oİ-TR'ye Yönelik Bulguları .....	16
4.3. Katılımcıların DSKÖ Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	25
5. TARTIŞMA .....	27
5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	27
5.2. Araştırmanın Oİ-TR Bulgularının Tartışılması .....	29
5.3. Araştırmanın DSKÖ Bulgularının Tartışılması .....	33
KAYNAKLAR .....	37
FORMLAR .....	46
EK-4 ETİK KURUL KARARI.....	53
EK-5 KURUM İZİNİ.....	54
EK-6 OPTİMALİTE İNDEKSİ (TR) İZİNİ .....	55
EK-7 DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ İZİNİ.....	56
İNTİHAL RAPORU .....	57
ÖZGEÇMİŞ .....	58



**TABLULAR LİSTESİ**

Tablo 4-1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (N= 371).....	15
Tablo 4-2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri (N= 371).....	16
Tablo 4-3. Katılımcıların Optimalite İndeksi Ortalamaları (N= 371) .....	17
Tablo 4-4. Katılımcıların Oİ-TR maddelerine göre kodlamaları (N= 371).....	17
Tablo 4-5. Katılımcıların Oİ-TR maddelerine göre kodlamaları (N:371) (Devam).....	19
Tablo 4-6. Katılımcıların Doğum Sonu Konfor Ölçeği ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 371).....	26



**ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 3-1. Araştırmanın Akış Diyagramı .....	14
--	----



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
OI-US	Optimalite İndeksi-United States
DSKÖ	Doğum Sonu Konfor Ölçeği
DÖBYR	Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi
NSD	Normal Spontan Doğum
C/S	Sezaryen ile Doğum
KDS	Kadın Doğum Servisi
Oİ-TR	Optimalite İndeksi- Türkiye
PÖİ	Perinatal Özgeçmiş İndeksi
Oİ	Optimalite İndeksi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
Total Oİ	Total Optimalite İndeksi
DSEYR	Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi
NST	Nonstress Test
EFM	Elektronik Fetal Monitörizasyon
DSYKÖ	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

## ÖZET

Büyükkal T. (2019). Doğum Şeklinin Optimalite Düzeyine ve Konfora Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, doğum şekillerinin optimalite düzeyine ve doğum sonu dönemdeki konfora etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. 198 normal spontan doğum (NSD) ile 173 sezaryen doğum (C/S) olmak üzere 371 gebe araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmacı tarafında katılımcılar için Optimalite İndeksi-Türkiye (Oİ-TR) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) doldurularak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda; C/S grubunun perinatal özgeçmiş indeksi (PÖİ) puanı  $88,51 \pm 4,02$ , optimalite indeksi (Oİ) puanı  $88,73 \pm 3,68$  ve total optimalite indeksi (Total Oİ) puanı  $88,51 \pm 2,74$ 'tür. NSD grubunun ise PÖİ puanı  $92,25 \pm 4,09$ , Oİ puanı  $83,39 \pm 3,79$  ve Total Oİ puanı  $85,55 \pm 3,36$  olarak bulunmuştur. Gruplarda, nonstres testi uygulanması, doğum eylemi sırasında destek veren kişinin olmaması, ten tene temasın sağlanmaması, doğumda sırt üstü yatırılması, indüksiyon uygulanması, epizyotomi uygulanması ve doğum sonu dönemde ilaç uygulanması gibi parametrelerin optimaliteyi düşürdüğü belirlenmiştir. DSKÖ sonuçlarına bakıldığında ise, C/S grubunun konfor puanı  $88,71 \pm 15,99$  bulunurken NSD grubunun  $78,24 \pm 11,53$  bulunmuş ve iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda NSD grubunda fazla müdahale yapılmasına bağlı olarak optimalite düzeyinin düştüğü ve dolayısıyla doğum sonu konfor düzeyinin de olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Bu konuda sağlık personelinin bilgilendirilmesi ve kanıta dayalı uygulamalarla ilgili eğitimlerin düzenlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: doğum şekli, konfor, optimalite, postpartum konfor

## ABSTRACT

Büyükkal T. (2019). Effect Of The Birth Method On The Level Of Optimality And Comfort. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute Of Graduate Education, Department Of Midwifery. Master's Thesis. İstanbul.

This study was performed to evaluate the effect of birth method on the level of optimal and postpartum comfort. It is descriptive. 198 normal spontaneous delivery (NSD) with 173 caesarean section (C/S), total 371 participants were included.

Optimalite Index-Turkey (OI-TR) and Postpartum Comfort Questionnaire (PPCQ) were used. As a result of the evaluations; the C/S group had a Perinatal Background Index (PBI) score of  $88.51 \pm 4.02$ , an Optimality Index score (OI) of  $88.73 \pm 3.68$  and Total Optimality Score (Total OI) of  $88,51 \pm 2,74$ . The NSD group had a PBI score of  $92.25 \pm 4.09$ , an OI score of  $83.39 \pm 3.79$  and Total Optimality Score (Total OI) of  $85,55 \pm 3,36$ . There are some parameters reducing optimality level, such as routine nonstress test, lack of support during the delivery, lack of skin to skin care, delivery in the position of the lithotomy, birth induction, episiotomy and postpartum drug administration. According to the PPCQ results, the comfort score of the C/S group was found  $88.71 \pm 15.99$ , while the NSD group had  $78.24 \pm 11.53$  and significant difference was found.

With all these results, it was determined that the level of optimal was decreased due to excessive intervention during NSD and consequently the postnatal comfort level was adversely affected. It is necessary to inform the health team about evidence-based practices.

Key Words: birth method, comfort, optimality, postpartum comfort

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Perinatal dönem, gebeliğin 20. haftasından başlayarak, doğum ve doğum sonrası bir haftalık süreci kapsamaktadır. Perinatal dönemde alınan bakımdan; gebe (sağlıklı/hasta), fetüs, lohusa, yenidoğan ve aile bireyleri hedef kitle olarak yararlanmaktadır (1). Bu süreçte alınan bakım ve uygulamaların kanıt temelli bilime dayandırılması bir ihtiyaç halini almaktadır. Çalışmalarla bazı uygulamalar (doğumda hareket özgürlüğü, doğumda oral sıvı-gıda alımı, ten-tene temas vb.) kanıtla dayandırılıp desteklenmesine rağmen, ülkemizde giderek artan invaziv girişimler ve kanıt temelli olmayan uygulamalar ile (doğum indüksiyonu, bölgesel analjezi, epizyotomi, sezaryen vb.) doğum, teknik bir hal almaktadır (2,3).

Hayatın başlangıç noktası olan doğum, hem bir eylemi hem de bir süreci simgelemektedir (4). Bu süreçte kadının sosyo demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, aile, arkadaş, hekim yönlendirmeleri gibi etkenler doğum şeklinde etkili olan faktörlerin başında gelmektedir (5). Ülkemizde doğum şekilleri incelendiğinde, normal doğum ve sezaryen doğum oranlarının giderek eşitlendiği ve sezaryen oranlarının arttığı görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 raporuna göre Türkiye'de %36,7 olan sezaryen oranı, TNSA-2013'de %48'e yükselmiştir (6,7). Bu da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedeflerinde önerilen %15 oranından fazladır (8).

DSÖ; normal doğumun parametresini tanımlanmıştır. Doğal sürece müdahale etmenin geçerli bir sebebi olması gerektiği ilkesini benimsemektedir (9). Giderek artan kanıtla dayalı uygulamalarla da bu ilke desteklenmektedir. Dolayısıyla perinatal bakımda optimalite yaklaşımı ortaya çıkmaktadır. Optimalite kavramı; en iyi/uygun/en üst anlamında kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan "normallik" kavramı, genellikle olumsuz ya da anormal olayların görülmemesi olarak tanımlanmakla beraber normaliteyi oluşturan sınırların ne olduğuna göre değişebilmektedir. Optimalite kavramı ise sağlık alanında riskli ve istenmeyen durumlarla ilgilenmemektedir. Mümkün olabilecek en iyi sonuçları ifade etmektedir (10,11).

Perinatal bakımda optimalitenin sağlanması açısından, alanda hizmet veren sağlık personelinin kanıtla dayalı uygulamaları kullanması önemlidir. Sürekli olarak yeni kanıtlar ortaya çıkmakta ve sağlık personelinin de bilgilerini yenilemesi ve güncellemesi

gerekmektedir. Bu ihtiyaca bağlı Optimalite İndeksi-United States (OI-US) oluşturulmuş ve OI-US'in Türkçe'ye uyarlanma çalışması 2012 yılında Yücel ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (3,12). Klinik bir ölçme aracı olan bu indeks; biyomedikal sağlık sonuçları ile bilimsel temele dayalı bakımın optimal sonuçlarını birleştirmektedir. Ülkemizde, bilimsel temeli olmayan teknolojik ve invaziv girişimlerin yaygın bir şekilde kullanıldığı gözlenmekle beraber kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili belirli bir standart da bulunmamaktadır. Dolayısıyla perinatal sonuçların değerlendirilmesinde OI hassas bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir (13,14).

Doğum şekilleri perinatal bakımla alakalı olduğu kadar doğum sonu konfor açısından da oldukça önemlidir. 2010 yılında Karakaplan tarafından geliştirilen Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ile; sezaryen ve normal doğum yapan annelerin fiziksel, psikolojik, sosyokültürel ve çevresel konforları değerlendirilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda; annelerin konforunun eğitim, doğum şekli, gebeliğin planlı olması, doğum sonrası yaşanan sorunlar, beklentilerinin karşılanma düzeyi, sağlık personelinin aldıkları bakım ve hastanenin çevresel koşulları gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir (15,16,17). Bu bağlamda araştırmada; kadınların doğum şekillerinin optimalite düzeyine ve konfora etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Perinatal Dönem

Gebeliğin 20. haftasından sonra doğum ve doğum sonrası bir haftaya kadar geçen süreyi kapsayan perinatal dönem oldukça önemlidir. Bu dönemde; gebe, fetus, aile bireyleri, lohusa ve yenidoğanın temel ihtiyaçları bakım veren sağlık personeli tarafından karşılanır. Bir ekip çalışması olan perinatal dönem bakım hizmetlerinde ebeler önemli rol üstlenmektedir. Bu dönemle ilgili yapılan bazı çalışmalarda, ebelerin düşük riskli gebeliklerde verdiği bakımlar sonucu oldukça olumlu sonuçlar elde edildiği, doğum sonrası ve sırasında müdahalelerin azaldığı görülmektedir (1, 18, 19).

#### 2.1.1. Perinatal Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Son zamanlarda perinatal bakımda kanıta dayalı uygulamalar önem arz etmektedir. Önceden kişilerin tecrübeleri ve istekleri doğrultusunda perinatal dönem hizmetleri verilmekteydi. Ancak bu süreçte artan müdahaleler ve olumsuzluklar sonucu özellikle doğum süreci teknik bir hal almıştır (3,20).

Ülkemizde 2014 yılında yayımlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (DÖBYR) ile bu dönemde verilmesi gereken bakımlar ve sunulacak hizmetler belirtilmiştir. Rehberde göre tüm gebelik süreci boyunca en az dört kez izlem yapılması gerekmektedir. Verilen bakım ve hizmetlerle, doğum ve doğum sonrası dönem de etkilenmektedir. Tüm bu izlem ve bakımların genel amacı; gebeliğin en iyi şekilde geçirilmesi, bebeklerin sağlıklı bir şekilde doğması ve anne-bebek ölümlerinin en aza indirilmesi olarak ifade edilebilir (21,22). Özellikle anne ve bebek ölümleri, bir ülke için gelişmişlik düzeyi göstergesidir. Bu yüzden ülkemizde, doğum öncesi dönem bakım hizmetleri önemsenmekte ve gerekli düzenlemeler yapılmaktadır (21).

DSÖ 1996 yılında normal doğum eylemi ve doğum sonrası ile ilgili parametrelerin raporunu yayımlamıştır. Rapora göre; yapılan müdahalelerle normal doğumun doğası bozulmaktadır. Gerekli olmadıkça müdahale edilmemesi gerektiği ve kadın bedeninin aksi bir durum haricinde doğum eylemini doğal süreç içerisinde başarabileceği vurgulanmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda; epizyotomi, sürekli fetal kalp atımı izlenmesi ve sezaryen gibi müdahaleler fazlasıyla göze çarpmaktadır (9, 14, 23). Klinik problemin çözümünde en güncel kanıtları sunan kanıta dayalı uygulamalar,



yapılan bu müdahalelerin en aza indirildiği bakımı ve uygulamayı sağlamaktadır. Günümüzde en kapsamlı ve ulaşılabilir çalışmaların bulunduğu Cochrane Database’de perinatal dönem ile ilgili kanıta dayalı uygulamalar şu başlıklar altında sıralanabilir;

- Toplu ya da bireysel katılımlı antenatal eğitim programları
- Gebelikte folik asit ve vitamin kullanımı
- Genetik danışmanlık
- Gebelikte bulantı kusma için antiemetik ajanlar
- Gebelikte demir ve kalsiyum desteği
- Gebelik ve travay döneminde fetal monitarizasyon
- Doğumda destek sistemi
- Doğumda sıvı alımı
- Doğum sonu dönemde erken taburculuk
- İdeal emzirme süresi ve emzirme desteği

Bu ve bunlar gibi başlıklar altında yapılan kanıt temelli uygulamalar, sağlık çalışanları için de oldukça faydalı ve yönlendirici olmaktadır. Ayrıca prenatal alandaki bu uygulamaların değerlendirilmesi için ölçüm araçları da geliştirilmektedir (24,25).

## **2.2. Doğum Eylemi**

Doğum eylemi, serviksin dilatasyonuna sebep olan kasılmalar sonucu fetüs ile eklerinin uterustan dışarı atılma süreci olarak tanımlanmaktadır. Normal bir süreçte, fetüs uterus içerisindeki gelişimini tamamladığı ve daha fazla büyüyemediği için eylem başlar. Bu, fetüsün artık dış ortamda yaşabileceğinin göstergesidir. Normal seyrinde ilerleyen doğum eyleminin;

- 40 haftalık sürecini tamamlaması
- Tek ve baş pozisyonunda gelen bir fetüsle
- Spontan olarak başlaması
- Baş-pelvis uygunluğu halinde
- Canlı, sağlıklı fetüs ve annenin mevcudiyetiyle olması beklenmektedir.

Tüm bunlara rağmen normal seyrinde ilerlemeyen süreçler de mevcuttur. Sağlıklı başlayan bir gebelik -istenilenin aksine- sağlıklı sonuçlanmayabilmektedir. Bu sebeple doğum şekilleri farklılıklar gösterebilmektedir. Eylem, kendiliğinden başlamasının yanısıra sezaryen, vakum ya da forsepsle de gerçekleşebilmektedir (26,27).

## **2.2.1. Doğum Şekilleri**

### **2.2.1.1. Normal Spontan Doğum (NSD)**

Gebelik ürünü olarak nitelendirilen fetüs ve eklerinin, uterus içerisinde 38-40 haftalık gelişim sürecini tamamladıktan sonra doğum süreci kendiliğinden başlamaktadır. Genellikle yapısal olarak vajinal doğuma yatkın olan kadın vücudu, yeterli destek ve en az müdahale ile bu doğum sürecini gerçekleştirebilmektedir (28,29).

Doğum kanalı, fetüs, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan birincil güçler ve annenin psikososyal durumu eylem sürecini etkileyen faktörlerdir. Bunların herhangi birinde normalden sapma görüldüğünde doğum eylemi normal seyrinde ilerlemeyebilir. Bu sebeple müdahaleli doğuma, en çok da sezaryen ile doğuma başvurulmaktadır (27,30).

Yaşam boyu gebelik ve doğum süreci fizyolojik bir olay olarak karşılanmış ancak son yıllarda süreci zora sokabilecek düşünceler ve teknolojik müdahalelerle eylem normal seyrinden saptmaya başlamıştır. Özellikle ülkemizde giderek artan sezaryen oranları bunun bir göstergesidir (28).

### **2.2.1.2. Sezaryen ile Doğum (C/S)**

Sezaryen ile doğum (C/S), sırasıyla karın duvarı ve rahim duvarının kesilmesi (insizyonu) ile fetüsün rahim dışına çıkarılması işlemidir. Genellikle vajinal yol ile doğumun gerçekleşmesinin sakıncalı olduğu ya da gerçekleşemediği durumlarda yapılmaktadır (30,31). Sezaryen endikasyonları arasında; prezentasyon ya da pozisyon bozuklukları, baş-pelvis uyumsuzluğu, fetal distress tespiti, plasental problemler sayılabilir. Bu tarz komplikasyonlara karşın anne ve fetüsün sağlığı göz önüne alınarak sezaryen kararı alınmaktadır. (26,27,30).

Günümüzde yüksek sezaryen oranlarıyla karşılaşılmaktadır. Giderek artan teknolojik imkanlar ve az sayıda veya tek çocuk sahibi olmak gibi durumların buna sebep olduğu düşünülmektedir. Vajinal yolla doğuma göre mortalite ve morbilite oranını artıracığı düşünülen sezaryenin, son zamanlarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte daha

iyi koşullarda yapıldığı bilinmektedir. Bu sebeplerden dolayı tercih edilme oranları da artmakta ve vajinal yolla doğumun önüne geçmektedir (26,30).

1985 yılında yayımlanan raporla DSÖ %10-15 sezaryen oranını hedeflemiştir. Ancak günümüzde az gelişmiş ülkeler dışında çoğunlukla sezaryen oranları artışlar göstermektedir. Ülkemizde de giderek artan sezaryen oranları tablosu mevcuttur. TNSA 2008 verilerine göre %37,5 iken 2013 verilerinde ise %48,1 olarak belirlenmiştir. En güncel oran olarak da 2016 yılında hazırlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda %53 olarak rapor edilmiştir (6,7,32,33).

### **2.3. Optimalite Kavramı**

Optimalite kavramı, 'en iyi/uygun/en üst' manasına gelmekte ve mümkün olan en iyi hali tanımlamak için kullanılmaktadır. Son zamanlarda, sağlık alanında da kullanılmaya başlanmıştır. Sağlıkta kullanılan 'normallik' kavramının aksine optimalite, anormalliklerin yokluğu anlamına gelmez, en iyi sonucu ifade eder. Normallik kavramından daha dardır ve mümkün olan en iyi durumu ifade ettiği için tanımlaması daha kolaydır. Özellikle klinik bakımı değerlendirmek için alternatif bir yaklaşım sunmaktadır (10,11).

#### **2.3.1. Perinatal Alanda Optimalite Kavramı ve Kullanımı**

Precthl tarafından 1960'larda ilk kez 'hayata mükemmel başlangıç' yapan bebekler için 'optimalite ilkesi' kullanılmıştır. Buna göre; bu bebeklerin annelerinde herhangi bir sağlık sorunu olmamış, gebelik ve doğum süreçleri de sorunsuz ilerlemiştir. Bu şartlara dayanan optimalite ilkesi, gebelik ya da doğum sırasında olası olan en az müdahale ile bakım verilmesini amaçlamıştır (34).

Ebelerin önderliğinde bakım verilmesini incelemeyi amaçlayan Wieger ve ark.(1996), perinatal açıdan düşük riske sahip kadınları tanımlayacak bir çalışma yapmışlar ve bunun içinde Precthl'in ilk çalışmasını kullanarak genişletmişlerdir. Doğumda optimalite kavramını 'sosyal, tıbbi veya obstetrik sorunları olmayan sağlıklı bir kadının, uygun zamanda herhangi bir müdahale veya komplikasyon yaşanmaksızın sağlıklı bir bebek doğurması' olarak ifade etmişlerdir. Yapılan müdahaleler ve olması gereken sağlık göstergeleri arasındaki bağlantıyı belirtmek için bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir (35). İlerleyen zamanlarda Murhpy ve Fullerton (2001) tarafından bu ölçme aracı, obstetrik açıdan yapılan herhangi bir müdahalenin optimaliteyi bozacağı

gerekçesine dayanarak yeniden düzenlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılması amaçlanan bu araç, doğumda optimaliteyi sağlamanın kanıt temelli uygulamalara bağlı olduğunu savunmaktaydı. OI-US adı verilen ölçekte, her bir maddenin bölgelere veya ülkelere göre uygulanabilirliği değerlendirilmiş ve değişebileceği kanısına varılmıştır. Bunun sebebi olarak; verilen maternal bakımın, hizmet verilen gebe kitlesiyle sosyo demografik özelliklerinin ve yapılan obstetrik müdahalelerin bölgelere veya ülkelere göre değişebileceği gösterilmiştir (10,11). Dolayısıyla ülkelere göre ölçek maddeleri farklılık göstermektedir. Ülkemizde de 2012 yılında Yücel ve arkadaşları tarafından ölçeğin uyarlama çalışması yapılmıştır (14).

## **2.4. Konfor Kavramı**

Fransızca'dan gelen konfor kavramı Türk Dil Kurumu'nda 'günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık' olarak tanımlanmaktadır (36). Sağlık alanında ise Kolcaba (1988) tarafından 'bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen sonuçlardır' şeklinde ifade edilmiştir. Kolcaba 1988'de kavram analizi üzerine yoğunlaşmış ve incelemelerini gerçekleştirmiştir. Tüm bu süreç sonrasında 1992 yılında bir ölçek geliştirerek değerlendirmelerini yayınlamıştır. 2003 yılında konfor kuramı ile ilgili kitabı çıkmıştır (37).

### **2.4.1. Doğum Sonu Konfor Düzeyi**

Puerparal/postpartum/postnatal dönem veya lohusalık olarak da bilinen doğum sonu dönem; fetüs ve ekleri doğduktan ve doğum eylemi sonlandıktan sonra başlamaktadır. Bu süreçte anne hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkilenmektedir. Annenin organlarının gebelik öncesi vaziyetlerine dönmesi genellikle altı aylık bir süreci kapsar. Ancak psikolojik olarak annenin optimal duruma gelmesi zaman açısından farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıkları etkileyen faktörler arasında; annenin doğum şekli, destek sistemleri, aldığı bakımın kalitesi, doğum sonu konfor düzeyi sayılabilir. (16,27,37).

Doğum sonu dönemde anne kendi öz bakımını yapamayacak ve hatta bebeğiyle ilgilenemeyecek bir durumda olabilmektedir. Bu gibi sebeplere bağlı olarak genellikle psikolojik dengesizlikler ve yoğun stres görülebilmektedir. Annenin öz bakımını destekleme, ağrısını en aza indirme, kanama durumunu kontrol altına alma, bebeğinin

bakımını sağlama ve psikolojik olarak destekleme gibi girişimlerde bulunmak konfor düzeyini artırmaktadır (4,5,16,37).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, kadınların doğum şekillerinin optimalite düzeyine ve konfora etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### 3.2.Araştırma Soruları

- Doğum şekline bağlı olarak perinatal dönemde optimalite düzeyi nasıldır?
- Doğum şekline bağlı olarak perinatal dönemde konfor düzeyi nasıldır?

#### 3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

İstanbul ilinde doğum sayısının fazla olduğu ve evreni karşılayabilecek olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın ve Doğum Hastanesi Polikliniği seçilmiştir. Kurum geniş personel kadrosu ve özellikli birimleri ile hizmet vermektedir. Çalışma, hastanenin doğumhanesi ve kadın doğum servislerinde gerçekleştirilmiştir.

**Doğumhane Birimi:** 5 travay odası, 1 bebek odası, 3 doğum kabini, 1 muayene odası bulunan doğumhanede, 1 uzman doktor, 3 asistan doktor, 3 ebe, 1 bebek hemşiresi, 1 tıbbi sekreter, 2 personel çalışmaktadır. Pediatri doktoru gerekli durumlarda birime çağırılmaktadır.

Doğumhanedeki ebelerin çalışma saatleri haftaiçi 08-16 ve 16-08 olarak 2 shift, haftasonu ise 24 saatlik tek shift şeklinde ayarlanmaktadır.

**Kadın Doğum Servisleri:** Hastanede toplam 3 tane kadın doğum servisi (KDS) bulunmaktadır. Bunlardan; KDS 1'de jinekolojik hastalar, KDS 2'de sezaryen ile doğum yapan lohusalar ve riskli gebelikler (perinatoloji), KDS 3'de ise normal spontan doğum yapan lohusalar yatmaktadır. Servislerdeki yoğunluk ve boş yatak durumuna göre servisler arası yatışlar yapılmaktadır. KDS 2'nin içerisinde bebek odası da mevcuttur. Çalışma ekibi; 3 ebe, 2 bebek hemşiresi, 1 tıbbi sekreter, 1 personel ve 1 temizlik personelinde oluşmaktadır. Çalışma saatleri haftaiçi 08-16 ve 16-08 olarak 2 shift, haftasonu ise 24 saatlik tek shift şeklinde ayarlanmaktadır. Haftaiçi gündüz shiftlerinde, bir sorumlu ebe sürekli olarak çalışmaktadır.

Doğumhane biriminde doğum yapmış ve işlemleri bitmiş lohusalar daha sonrasında doğum şekline göre KDS birimlerine yatırılmaktadır. Rutinde (aksi bir durum

olmadıkça) sezaryen doğumlar için iki gün, normal spontan doğumlar için bir gün yatış uygulanmaktadır. Servise gelen normal doğumlarda bebekler anneleriyle birlikte gelirken, sezaryen doğumlarda ise annelerinden sonra gelmektedir.

Günlük ortalama 10-12 lohusa yatışı olan servislerde, annelerin (doğum şekillerine göre) 24-48 saat boyunca vital bulgu ve kanama takibi yapılmakta ve kan değerleri rutin olarak kontrol edilmektedir. Aynı zamanda bebek hemşiresi tarafından emzirme eğitimi düzenli olarak verilmektedir. Annelere taburcu olmadan önce; emzirme, öz bakım, bebek bakımı ve aile planlaması hakkında eğitimler verilmektedir. Bebeklerin de hepatit B aşısı (ilk doz) yapılmakta, işitme testi uygulanmakta ve topuk kanı alınmaktadır.

### **3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın yapılacağı kurumun doğumhanesinde, Kasım 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında kriterlere uyan kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Kurumun 2016 yılındaki toplam doğum sayısı 4055'tir (38). Bu sayı dikkate alınarak %95 güven aralığıyla örneklem hesaplanmış ve 371 kadının örnekleme oluşturacağı belirlenmiştir. Ülkemizde 2013 TNSA verilerine göre sezaryen oranının %48 olduğu göz önüne alınarak kota yöntemine göre örneklemedeki 371 kadının 178'i sezaryen olanlardan ve 193'ünün vajinal doğum yapanlardan alınması planlanmıştır.

#### **Araştırmaya Alınma Ölçütleri:**

- 38.-42. gebelik haftalarında doğum yapan
- İntrauterin fetal ölüm tanısı almayan
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar

#### **Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri:**

- Riskli gebelik tanısı alan
- Doğum sırasında veya sonrasında anne ve bebek sağlığını etkileyecek tıbbi bir komplikasyon yaşayarak başka bir kuruma sevk edilen
- Okuma yazması olmayanlar

### **3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması Kullanılan Araçlar**

#### **3.5.1 Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, bireyin sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik öyküsünü incelemeye yönelik 13 sorudan oluşan bir veri toplama aracıdır (Ek-1).

#### **3.5.2. Optimalite İndeksi- Türkiye (Oİ-TR)**

Ülkemizde perinatal bakım değerlendirilmesi ile ilgili eksiklikler göze çarpmaktadır. Değerlendirme yapılırken genel olarak anne-bebek mortalite ve morbidite oranlarına odaklanılmaktadır. Ancak anne ile bebeğin optimal anlamda iyilik halleri ya da doğum deneyiminin üzerinde durulmamaktadır. Verilen bakımlar kanıtlarla desteklenmemektedir. Bu eksiklikleri gidermek amacıyla 2012 yılında Çiğdem Yücel ve ark. tarafından OI-US'in Türkçe'ye uyarlanma çalışması yapılmıştır (14). OI-US, 1960'lı yıllarda oluşturulmuş ve günümüzde Amerika ve İngiltere'de kullanılmaktadır. Türkçe uyarlaması olan OI-TR'de, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (Oİ) olmak üzere iki bölüm vardır ve toplamda 60 (18+42) maddeden oluşmaktadır. İndekste bulunan maddeler için optimal (1 puan) ya da optimal olmayan (0 puan) olarak kodlanıp ikili puanlama şeklinde puanlandırılmaktadır. Oİ-TR klinimetrik bir ölçme aracı olduğu ve maddelerin klinik yönden birden fazla durumu yansıtmasına bağlı homojen dağılım göstermediği için Cronbach alpha değeri hesaplanamamaktadır (14).

Ölçeğin her bir maddesi kanıtlara dayandırılmaktadır. Bu bağlamda indeksin kanıt düzeyini güncel tutulabilmesi için Amerika'da Optimal Çalışma Grubu oluşturulmuştur. Bir grup araştırmacı ve klinisyenden oluşan grup, literatürde değerlendirmeler yaparak indeksin güncel halini sunmaktadırlar (10) (Ek-2).

#### **3.5.3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)**

Doğum sonu dönem; anne, bebek ve ailenin sağlığını koruma ve geliştirme anlamında önemli bir zaman aralığıdır. Bu dönemde hızlı bir şekilde iyileşme süreci yaşanır, aile bir anda değişen durumlarına adapte olurken yoğun stres yaşar ve psikososyal dengeler bozulabilir. NSD ile C/S sonrası iyileşme süreçlerinde farklılıklar olduğu çalışmalarda yer almakta ve bunun da konfor düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Bu bağlamda, 2010 yılında Selma Karakaplan ve Hatice Yıldız tarafından (16), C/S ya da NSD yapan annelerin konfor düzeyini ölçmek ve duruma göre optimal konfor



sağlanarak gerekli bakımı vermek amacıyla DSKÖ geliştirilmiştir. Ölçek geliştirilirken konfor kuramına dayandırılmış ve 1992 yılında Katharina Kolcaba tarafından geliştirilip ülkemiz için geçerlilik-güvenirliliği Sema Kuşuoğlu ve Ükke Karabacak tarafından yapılan Genel Konfor Ölçeği temel alınmıştır (39). 34 maddelik DSKÖ’de, 5’li likert tipi ölçek puanlama sistemi kullanılmaktadır. Ölçülmek istenen durumu belirleyen maddeler ve bu maddeler için geçerli olmak üzere “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadelenmeler ve puanlamalar yapılmaktadır. Ölçekten en düşük 34, en yüksek 170 puan alınmaktadır. Puan arttıkça konfor düzeyi artmakta puan azaldıkça konfor düzeyi azalmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri .78 bulunmuştur (16). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alpha değeri NSD grup için .84 bulunurken, C/S grubu için .91 bulunmuştur (Ek-3).

### 3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Yol

Veri toplama sürecinde izlenen aşamalar aşağıdaki gibidir;

- Araştırmacı tarafından çalışma için İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuş ve 14 Mayıs 2018 tarihinde 59491012-604.01.02- sayılı etik kurul izni alınmıştır (Ek-4).
- Daha sonrasında kurum izni için İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi’ne bağlı olan Süleymaniye Kadın ve Doğum Hastanesi Polikliniği’nde çalışmanın yapılmak istendiğine dair İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne yazılı dilekçe ile başvurulmuştur.
- Kasım 2018 tarihinde kurum izninin çıkmasıyla araştırmacı veri toplamaya başlamıştır.
- Kasım 2018-Ocak 2019 tarih aralığında kurumun doğumhane ve KDS’lerinde veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir.
- Araştırmacı öncelikle doğumhanede katılımcıların doğum süreçlerini izlemiş ve bu sırada Kişisel Bilgi Formu’nu (Ek-1) ve OI-TR (Ek-2) formunu doldurmuştur. Formaları doldururken hem hasta dosyalarındaki bilgiler hem de araştırmacının gözlem ve değerlendirmesi kullanılmıştır.
- Daha sonrasında katılımcıların KDS birimine yatışları yapılmıştır. Bir süre sonra burada araştırmacı katılımcılarla görüşerek DSKÖ’ni (Ek-3) uygulamıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14 Mayıs 2018 tarihli ve 59491012-604.01.02- sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-4). Daha sonrasında kurum izni için İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı olan Süleymaniye Kadın ve Doğum Hastanesi Polikliniği'nde çalışmanın yapılmak istendiğine dair İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne dilekçe verilerek 2 Kasım 2018 tarihli kurum izni alınmıştır (Ek-5). Araştırma sırasında, araştırmacı tarafından katılımcılara sözel ve yazılı bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Olur Formu imzalatılmıştır.

### **3.8. Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin değerlendirilmesi, windows için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi, ortalama standart sapma için Descriptive Analiz, grupların kategorik veriler için karşılaştırılmasında Chi Square Testi, kategorik verilerle sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Sonuçlar,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

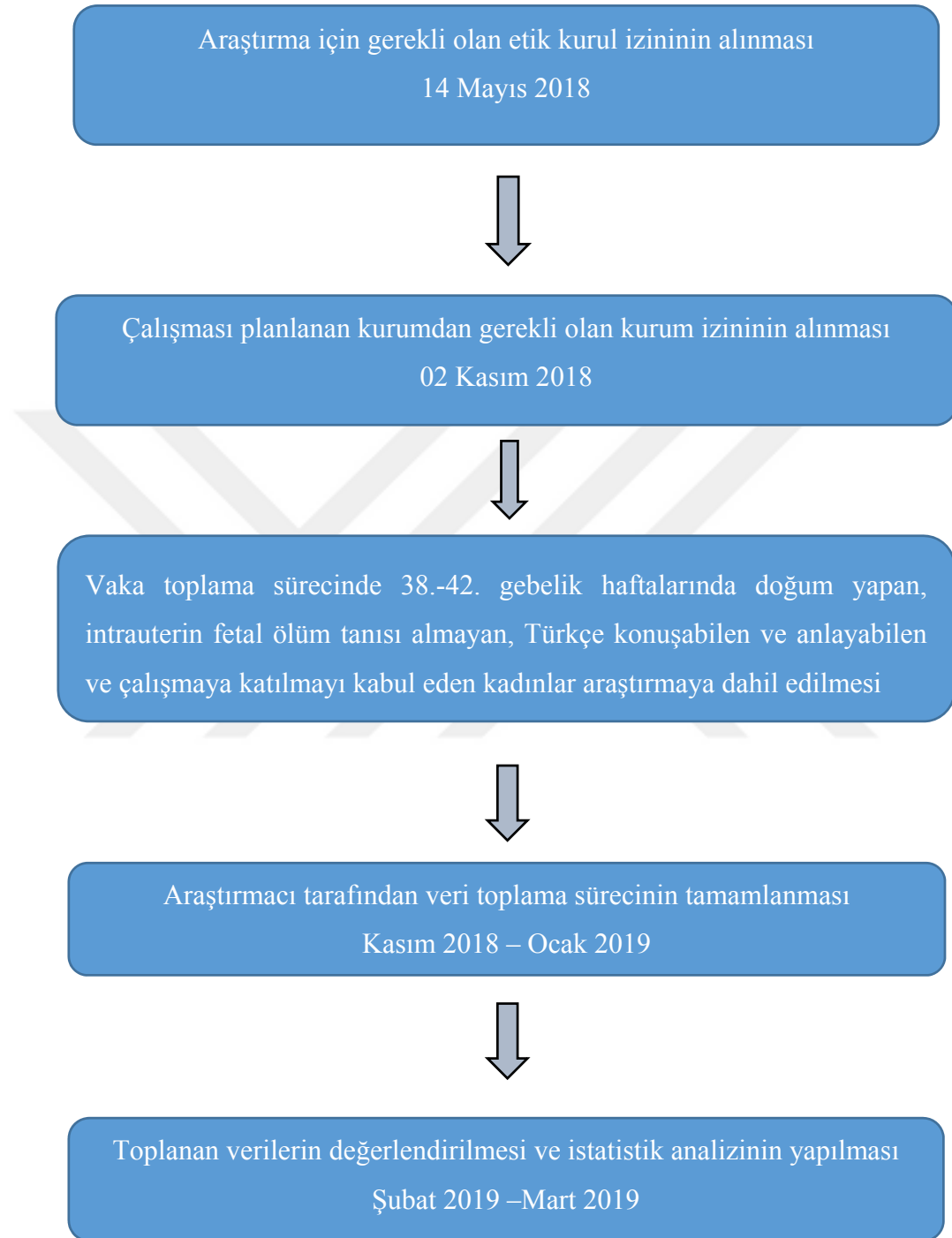
### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı kurum ve örneklem sayısı ile sınırlı kalması
- Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup içinde genellenebilir olmasıdır.

### **3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri**

- Verilerin araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile katılımcılardan toplanması,
- Örneklem sayısının fazla olmasıdır.

### 3.9. Araştırmanın Akış Diyagramı



Şekil 3-1. Araştırmanın Akış Diyagramı

## 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan lohusalara ait bulgular, doğum şeklinin optimaliteye ve konfora etkisini değerlendirmek amacıyla üç bölümde incelenmiştir.

### 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

C/S ve NSD grubunun sosyo-demografik özellikleri açısından karşılaştırılması Tablo 4-1’de, obstetrik özellikleri açısından karşılaştırılması ise Tablo 4-2’de verilmiştir.

**Tablo 4-1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (N= 371)**

	C/S (n=178) Ort±SS n (%)	NSD (n=193) Ort±SS n (%)	Test değeri	*p
<b>Yaş (Yıl)</b>	27,39±4,91	24,47±5,52	**Z= -1,929	<b>0,000</b>
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	158 (80,3)	155 (84,4)	***X <sup>2</sup> = 5,017	<b>0,017</b>
Lise ve üstü	20 (17,6)	38 (13,5)		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	4 (2,2)	6 (2,1)	***X <sup>2</sup> = 0,262	0,426
Çalışmıyor	174 (97,8)	187 (97,9)		
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir Giderden Az	70 (15,7)	28 (36,3)		
Gelir Giderle Eşit	107 (66,3)	118 (55,4)	***X <sup>2</sup> = 23,303	<b>0,000</b>
Gelir Giderden Fazla	16 (18,0)	32 (8,3)		

\*p<0,05, \*\*Z= Mann Whitney-U, \*\*\*X<sup>2</sup>= Chi-Square

Ort: Ortalama, SS:Standart Sapma

C/S grubunun yaş ortalaması 27,39±4,91, NSD grubunun ise 24,47±5,52 bulunmuştur. C/S ve NSD grubu yaş, eğitim ve gelir durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 4-1). Katılımcıların hepsinin (%100) sosyal güvencesi vardır, hepsi kentte yaşamaktadır (%100). Çalışma durumu açısından karşılaştırıldığında ise aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-1).

**Tablo 4-2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri (N= 371)**

	C/S (n=178) Ort±SS	NSD (n=193) Ort±SS	Test değeri	*p
<b>Doğum Sayısı</b>	2,37±0,97	1,94±1,24	**Z= -5,532	<b>0,000</b>
<b>Düşük Sayısı</b>	0,22±0,46	0,20±,60	**Z= -1,685	0,092
<b>Kürtaj Sayısı</b>	0,05±0,26	0,01±,10	**Z= -1,816	0,069
<b>Toplam Gebelik Sayısı</b>	2,59±1,18	2,15±1,47	**Z= -5,114	<b>0,000</b>

\*p<0,05, \*\*Z= Mann Whitney-U

Ort: Ortalama, SS:Standart Sapma

Gruplar obstetrik öykü açısından karşılaştırıldığında doğum sayısı ve toplam gebelik sayısı arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4-2). Gruplar arasında düşük ve kürtaj sayıları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-2).

#### 4.2. Katılımcıların Oİ-TR'ye Yönelik Bulguları

Oİ-TR; PÖİ ve Oİ olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Her birinin ayrı puanlaması mevcut olup Total Optimalite İndeksi (Total Oİ) puanı da hesaplanmaktadır. Oİ-TR klinimetrik bir ölçme aracı olduğu ve NSD ile C/S gruplarının doğum süreçleri farklı olduğu için gruplar arasında karşılaştırma yapılamamaktadır. Katılımcıların PÖİ, Oİ ve Total Oİ puanları Tablo 4-3'teki gibidir.

C/S grubunun PÖİ puanı 88,51±4,02, Oİ puanı 88,73±3,68 ve Total Oİ puanı 88,51±2,74'tür. NSD grubunun ise PÖİ puanı 92,25±4,09, Oİ puanı 83,39±3,79 ve Total Oİ puanı 85,55±3,36'dır (Tablo 4-3).

**Tablo 4-3. Katılımcıların Optimalite İndeksi Ortalamaları (N= 371)**

		C/S (n=178) Ort±SS	NSD (n=193) Ort±SS
Oİ	PÖİ	88,51±4,02	92,25±4,09
	Oİ	88,73±3,68	83,39±3,79
	Total Oİ	88,51±2,74	85,55±3,36

Oİ: Optimalite İndeksi; PÖİ: Perinatal Özgeçmiş İndeksi; C/S: Sezaryen ile Doğum; NSD: Normal Spontan Doğum, Ort: Ortalama, SS:Standart Sapma

Oİ-TR klinik sahada yapılan uygulamaları kanıt temelli olarak değerlendirmek amacıyla hazırlandığı için optimal olanlar 1 puan ve optimal olmayanlar da 0 şeklinde kodlanmaktadır. Ayrıca PBÖ'de primipar katılımcılar ve Oİ'de planlı sezaryen, 1. evrede sezaryen ile 2. evrede sezaryene alınanlar için cevaplanamayan maddeler 7 yani geçerli değil olarak kodlanmaktadır. Oİ-TR'e ait kodlamalar Tablo 4-4'te verilmiştir.

**Tablo 4-4. Katılımcıların Oİ-TR maddelerine göre kodlamaları (N= 371)**

Maddeler	C/S (n=178) %/n			NSD (n=193) %/n		
	Optimal (1) %(n)	Optimal Değil (0) %(n)	*Geçerli Değil (7) %(n)	Optimal (1) %(n)	Optimal Değil (0) %(n)	*Geçerli Değil (7) %(n)
1. Evli olmak/partneri olmak	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
2. Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
3. Türkçe konuşabiliyor olmak	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	16,3 (29)	83,7 (149)	-	17,1 (33)	82,9 (160)	-
5. Sağlık güvencesine sahip olmak	99,4 (177)	0,6 (1)	-	97,4 (188)	2,6 (5)	-

6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak	90,4 (161)	9,6 (17)	-	100 (193)	-	-
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol kullanmamış olmak	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanmamış olmak	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak	98,9 (176)	1,1 (2)	-	98,4 (190)	1,6 (3)	-
10. Şimdiki gebelik sırasında 18 - 35 arası yaşta olmak	94,4 (168)	5,6 (10)	-	96,4 (186)	3,6 (7)	-
11. Kronik hastalık öyküsüne <b>sahip olmamak:</b> Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, diyabet (gestasyonel olmayan), kalp hastalığı sınıf II-IV, HIV +, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)	99,4 (177)	0,6 (1)	-	99 (191)	1 (2)	-
12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak	82 (146)	7,3 (13)	10,7 (19)	42,5 (82)	8,3 (16)	49,2 (95)
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olmak	86,5 (154)	2,8 (5)	10,7 (19)	45,6 (88)	5,2 (10)	49,2 (95)
14. Preterm doğum öyküsüne <b>sahip olmamak</b>	87,1 (155)	2,2 (4)	10,7 (19)	49,7 (96)	1 (2)	49,2 (95)
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne <b>sahip olmamak</b>	88,2 (157)	1,1 (2)	10,7 (19)	49,7 (96)	1 (2)	49,2 (95)
16. Sezaryen doğum öyküsüne <b>sahip olmamak</b>	10,7 (19)	78,7 (140)	10,7 (19)	47,2 (91)	3,6 (7)	49,2 (95)
17. 2500 gr'ın altında doğan bebek öyküsüne <b>sahip olmamak</b>	84,8 (151)	4,5 (8)	10,7 (19)	48,2 (93)	2,6 (5)	49,2 (95)
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne <b>sahip olmamak:</b> Gestasyonel diyabet, intrauterin fetal kayıp, plasenta previa, ablasyo	88,2 (157)	1,1 (2)	10,7 (19)	49,7 (96)	1 (2)	49,2 (95)

plasenta, şiddetli preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyuşmazlığı						
---	--	--	--	--	--	--

\*Tablo 4-4'te PÖİ altında yer alan geçerli değil (7) olarak kodlanan bölüm primapar vakaları ifade etmektedir.

Tabloda PÖİ incelendiğinde; C/S olan katılımcıların 19 tanesinin, NSD olanların ise 95 tanesinin primipar olduğu görülmektedir. C/S grubunda; %16,3'nün lise ve üzeri eğitime sahip olduğu, %10,7'sinin sezaryen öyküsüne sahip olmadıkları görülmekte ve bu maddeler grupta optimaliteyi önemli ölçüde düşüren oranlar olarak göze çarpmaktadır. NSD grubunda; %17,1'nin lise ve üzeri eğitime sahip olduğu ve bu maddenin optimalite değerini düşürdüğü görülmektedir (Tablo 4-4).

**Tablo 4-5. Katılımcıların Oİ-TR maddelerine göre kodlamaları (N:371) (Devam)**

Maddeler	C/S (n=178) %(n)			NSD (n=193) %(n)		
	Optimal (1) %(n)	Optimal Değil (0) %(n)	*Geçerli Değil (7) %(n)	Optimal (1) %(n)	Optimal Değil (0) %(n)	Geçerli Değil (7) %(n)
<b>19. İntrauterin fetal kayıp yaşamadı.</b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>20. Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmadı.</b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>21. Gebelik komplikasyonu yaşamadı:</b> tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması), gestasyonel diyabet, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma), çoğul gebelik, plasenta previa, ciddi preeklampsi / eklampsi,	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-



piyelonefrit, Rh uyumsuzluğu, plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama						
<b>22. Yeterli prenatal bakım aldı: ilk trimesterde başlayan (&lt;14 hafta) ve en az 4 ziyaret</b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>23. Amniyosentez ya da koryonik villus örnekleme yapılmadı.</b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil yapılmadı.</b>	-	100 (178)	-	-	100 (193)	-
<b>25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmadı.</b>	100 (178)	-	-	99 (191)	1 (2)	-
<b>26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.</b>	100 (193)	-	-	97,9 (189)	2,1 (4)	-
<b>27. Membranlar açıldığında amniyotik sıvı berraktı.</b>	15,2 (27)	2,2 (4)	82,6 (147)	98,4 (190)	1,6 (3)	-
<b>28. Doğum induksiyonu ya da augmentasyonu uygulanmadı.</b>	11,8 (21)	5,6 (10)	82,6 (147)	26,9 (52)	73,1 (141)	-
<b>29. Amniyotomi yapılmadı.</b>	17,4 (31)	-	82,6 (147)	99 (191)	1 (2)	-

<b>30.</b> Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması <b>yapılmadı.</b>	5,6 (10)	11,8 (21)	82,6 (147)	12,4 (24)	87,6 (169)	-
<b>31.</b> Doğumda epidural analjezi <b>kullanılmadı.</b>	17,4 (31)	-	82,6 (147)	100 (193)	-	-
<b>32.</b> Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı ( <b>Sürekli monitorizasyon endikasyonundan önce.</b> )	17,4 (31)	-	82,6 (147)	99 (191)	1 (2)	-
<b>33.</b> Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi ( <b>uzamış bradikardi, geç deselerasyon, non reaktif NST, fetal taşikardi.</b> )	14,6 (26)	2,8 (5)	82,6 (147)	98,4 (190)	1,6 (3)	-
<b>34.</b> Doğum eylemi sırasında destek veren kişi vardı ( <b>sağlık ekibi dışında</b> )	-	17,4 (31)	82,6 (147)	-	100 (193)	-
<b>35.</b> Spontan olarak ikındı.	0,6 (1)	-	99,4 (177)	100 (193)	-	-
<b>36.</b> Doğum, doğum eyleminin başlangıcında planlanan yerde gerçekleşti.	17,7 (31)	-	82,6 (147)	100 (193)	-	-
<b>37.</b> Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanıldı.		0,6 (1)	99,4 (177)	-	100 (193)	-
<b>38.</b> Doğum sefalik prezantasyon ile gerçekleşti.	0,6 (1)	-	99,4 (177)	99 (191)	1 (2)	-
<b>39.</b> Vajinal doğum müdahalesiz gerçekleşti	0,6 (1)	-	99,4 (177)	99 (191)	1 (2)	-

(forseps ya da vakum kullanılmadı).						
40. Doğum vajinal yolla gerçekleşti.	-	0,6 (1)	99,4 (177)	100 (193)	-	-
41. Epizyotomi <b>uygulanmadı.</b>	0,6 (1)	-	99,4 (177)	40,9 (79)	59,1 (114)	-
42. Perinede ya da perineal dokuda suture gerektiren 1. ya da 2. derecede laserasyon <b>gelişmedi</b> (sulkus ya da servikal laserasyonları da içeren).	0,6 (1)	-	99,4 (177)	100 (193)	-	-
43. Epizyotomi ya da 1. ve 2. dereceden yırtıkta ilerleme/genişleme <b>olmadı</b> (3. ya da 4. derece perineal yırtığa).	0,6 (1)	-	99,4 (177)	96,9 (187)	3,1 (6)	-
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç <b>uygulanmadı</b> (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç).	-	-	100 (178)	44,6 (86)	55,4 (107)	-
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlandı.	-	100 (178)	-	-	100 (193)	-
46. Plesenta spontan olarak doğurtuldu.	-	-	100 (178)	100 (193)	-	-
47. Doğum sonu kanama <b>gelişmedi.</b>	98,9 (176)	1,1 (2)	-	99 (191)	1 (2)	-

<b>48. Kan transfüzyonu yapılmadı.</b>	98,9 (176)	1,1 (2)	-	96,9 (187)	3,1 (6)	-
<b>49. İntrapartum komplikasyon gelişmedi:</b> koryoamniyonit, kord prolapsusu, şiddetli preeklampsi / eklampsi, ablasyo plasenta, omuz distosisi, plasenta akreta, emboli	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>50. Gebelik yaşı 37-42 hafta olarak değerlendirildi.</b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>51. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.</b>	93,8 (167)	6,2 (11)	-	92,2 (178)	7,8 (15)	-
<b>52. 5. dakika Apgar skoru 7 puan ve üzeri olarak değerlendirildi.</b>	100 (178)	-	-	98,4 (190)	1,6 (3)	-
<b>53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer edilmedi.</b>	93,8 (167)	6,2 (11)	-	97,4 (188)	2,6 (5)	-
<b>54. Konjenital anomali gözlenmedi.</b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>55. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar gözlenmedi</b> (Bakteriyel enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, kalp yetmezliği, hipovolemi, hipotansiyon, şok, intraventriküler kanama,	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-

nekrotizan enterokolit, pnömoni, persistan pulmoner hipertansiyon, böbrek yetmezliği, respiratuvar distres sendromu, Rh uyuşmazlığı, konvulsiyon, sepsis)						
<b>56.</b> Taburcu olana kadar anne sütü + mama aldı.	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>57.</b> Perinatal ölüm <b><u>görülmedi.</u></b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>58.</b> Anne hastanede iken ateş görülmedi (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı <b><u>konulmadı:</u></b> sistit, endometrit, yara enfeksiyonu, mastit, hematoma, derin ven trombozu	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-
<b>59.</b> Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi <b><u>uygulanmadı</u></b> (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç)	1,1 (2)	97,8 (174)	-	10,4 (20)	89,6 (173)	-
<b>60.</b> Anne ölümü <b><u>görülmedi.</u></b>	100 (178)	-	-	100 (193)	-	-

\*Tablo 4-5'te Oİ altında yer alan geçerli değil (7) olarak kodlanan bölüm birinci ve ikinci evrede sezaryene alınan vakaları ifade etmektedir.

Tablo 4-5'te Oİ incelendiğinde; C/S grubunun 147 tanesinin planlı sezaryen olduğu, 30 tanesinin 1. evrede sezaryen ve 1 tanesinin 2. evrede sezaryene alındığı görülmektedir. C/S grubunda; %100'üne nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil yapıldığı, hiçbirinde doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), hiçbirinde anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlanmadığı ve %1,1'ine doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulanmadığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç) görülmektedir. Bu maddeler gruptaki optimalite oranını önemli ölçüde düşürmektedir. NSD grubunda ise; %100'üne nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil yapıldığı, %73,1'ine doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulandığı, %87,6'sına doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapıldığı, hiçbirinde doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), hiçbirinde anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlanmadığı, hiçbirinde doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanılmadığı, %59,1'ine epizyotomi uygulandığı, %55,4'üne doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulandığı (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç), hiçbirinde anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlanmadığı ve %89,6'sının doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulanmadığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç) belirlenmiştir. Bu maddeler NSD grubunda optimalite oranını düşüren maddelerdir (Tablo 4-5).

#### **4.3. Katılımcıların DSKÖ Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

DSKÖ; fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyutun ayrı puanlaması olup toplam puan değeri de verilmektedir. Çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri NSD grup için .84 bulunurken, C/S grubu için .91 bulunmuştur. Katılımcıların DSKÖ ortalamaları Tablo 4-6'da verilmiştir.

Gruplar arasında 3 alt boyuta ait puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-6).

**Tablo 4-6. Katılımcıların Doğum Sonu Konfor Ölçeği ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 371)**

		<b>C/S (n=178)</b>	<b>NSD (n=193)</b>	<b>Test Değeri</b>	<b>*p</b>
		<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>		
<b>DSKÖ</b>	<b>Fiziksel</b>	37,50±7,13	33,24±6,45	<b>**Z= -5,625</b>	<b>0,000</b>
	<b>Psikospiritüel</b>	20,55±6,32	15,89±4,13	<b>**Z= -7,569</b>	<b>0,000</b>
	<b>Sosyokültürel</b>	30,53±5,63	29,04±4,27	<b>**Z= -4,100</b>	<b>0,000</b>
	<b>Toplam</b>	88,71±15,99	78,24±11,53	<b>**Z= -6,116</b>	<b>0,000</b>

\*p<0,05, \*\*Z= Mann Whitney-U

Ort: Ortalama, SS:Standart Sapma

## 5. TARTIŞMA

Doğum şekilleri incelendiğinde; normal doğuma kıyasla sezaryenin daha çok risk oluşturduğu bilinmektedir. DSÖ tarafından %15 önerilen sezaryen oranı da bunun bir göstergesidir. Ülkemizde, 2013 TNSA verilerine göre sezaryen oranı %48'e yükselmiştir (7,33). Her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından Faaliyet Raporu yayınlanmakta ve bu raporlarda oran 2015, 2016 ve 2017'ye göre %53,1 iken 2018'de 51,7'ye düşmüştür (40,41,42). Ayrıca ülkemiz, OECD ülkeleri arasında sezaryen oranlarına göre yapılan sıralamada, 1000 canlı doğumda 532 sezaryen vakasıyla ilk sırada yer almaktadır (43). Dolayısıyla artan sezaryen oranlarına bağlı olarak ülkemizde iyileştirici bir politika geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (DSEYR) hazırlanmış ve sezaryen endikasyonları ve bunların yönetimi ile ilgili akış şemaları oluşturulmuştur. Rehberde sezaryen doğumun, vajinal doğumun gerçekleşemediği durumlarda tercih edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (44).

Araştırmada, NSD ve C/S olan iki gruba çalışılmıştır. NSD grubu incelendiğinde; 193 vakadan 95'nin primipar olduğu ve bunun grubun yarısını temsil ettiği görülmektedir. C/S grubunda ise 178 vakadan 147'si planlı sezaryen, 30'u birinci evrede sezaryen ve bir tanesi de ikinci evrede sezaryen olmuştur. C/S grubunda 19 primipar olması ilk doğumlarda sezaryenin daha az tercih edildiğini göstermektedir. 2018 Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu'na (40) göre primer sezaryen oranı %24,8 olarak verilmiş ve son üç yıla bakıldığında giderek azaldığı görülmektedir. Bunun yanısıra 147 planlı sezaryenin olmasının da mükerrer C/S'lerin sezaryen oranını artırdığı ve bununla ilgili olarak DSEYR'de de tavsiye edildiği gibi primer sezaryen oranlarının azaltılması ve uygun vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğumun desteklenebileceği düşünülmektedir (44).

### 5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma grupların sosyo-demografik verileri incelendiğinde; C/S'de yaş ortalaması (27,39) ile NSD'de (24,47) anlamlı fark vardır. Bu yaş farkının sebebi olarak, multipar kadınların yaşının daha ileri olabileceği öngörülerek, çalışmadaki C/S grubunun primipar sayısının (%10) NSD grubunun primipar sayısından (%47) az olması gösterilebilir. Ayrıca TNSA 2013 (7) verilere göre, anne yaşı ilerledikçe C/S ihtimalinin de arttığı belirtilmektedir. Dolayısıyla araştırmada bulunan farklılık bu veri ile benzer



niteliktedir. Kunt İşgüder ve ark. (2016) 'ın Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2014-2016 yılları arasında gerçekleşen 2802 doğumu retrospektif olarak incelediği çalışmada, sezaryen doğum yapanların yaş ortalaması 28,9 iken vajinal doğum yapanların 26,7 olduğu tespit edilmiştir (45). Yaş grupları açısından bakıldığında iki grupta da benzerlik görülmektedir. Van'da Özcan ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada ise C/S grubunun yaş ortalaması 25,57 bulunurken NSD grubunun yaş ortalaması 26,42 bulunmuştur (46). Bunun bölgesel farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

NSD grubunun 84,4'ü, C/S grubunun ise %80,3'ü ilköğretim mezunudur. TNSA 2013 verilerinde 15-49 yaş kadınlarının %56,9'unun ilköğretim mezunu oldukları belirlenmiştir. Öner ve Koçaş (2016)'ın 523 kadınla yaptığı çalışmada %45,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur (47). Bu çalışma sonucunda çalışma grubunun TNSA ve Öner ve Koçaş'ın sonuçlarına göre daha yüksek oranda ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışmanın yapıldığı kuruma başvuran kadınların sosyodemografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Karabulutlu (2018)'nin sezaryen veya normal doğum yapan 523 kadınla yaptığı çalışmada %61,2'sinin orta gelir düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (4). Gelir düzeyi açısından bu çalışma ile benzer yapıdadır. Bu çalışmada gelir- gider düzeylerine bakıldığında C/S grubunda %66,3 gelir gidere eşit, NSD grubunda ise %55,4'nün gelir gidere eşit bulunmuştur. Çalışmada ki iki grup karşılaştırıldığında gelir düzeyi açısından aralarında anlamlı fark belirlenmiştir. Paraguay'da 13 yıllık bir aralıkta retrospektif olarak yapılan bir çalışmada da bu araştırma sonucuna paralel olarak sezaryen oranlarının gelir düzeyinin artışıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (48).

Araştırma gruplarının obstetrik özellikler incelendiğinde iki grup arasında doğum ve toplam gebelik sayılarında anlamlı farklılık belirlenmiştir. C/S grubunda doğum sayısı 2,37, toplam gebelik sayısı 2,59; NSD grubunda ise doğum sayısı 1,94 , toplam gebelik sayısı 2,15 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan primiparların daha çok NSD yapmaları nedeniyle NSD grubunun doğum sayısı ve toplam gebelik sayısının C/S grubuna göre düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada, kişisel bilgi formu yanı sıra Oİ-TR ve DSKÖ olmak üzere iki ayrı değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Buna bağlı olarak buradan sonra araştırma bulguları iki ayrı başlık altında incelenecektir.

## 5.2. Araştırmanın Oİ-TR Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada C/S ve NSD gruplarının PÖİ ve Oİ ayrı ayrı değerlendirilmiş olup skorlamaları yapılmıştır. Prenatal dönemde her iki grupta PÖİ kapsamında aynı soruları cevapladığı için bu açıdan PÖİ skorları karşılaştırılabilmektedir. Ancak doğum süreçlerinin değerlendirilmesinde Oİ kapsamında her iki grup için farklı sorular cevaplanması nedeniyle bu açıdan Oİ skorlarının karşılaştırılması yapılamamaktadır.

Bu çalışmada PÖİ puanları açısından bakıldığında; C/S grubunun puanı %88,51, NSD grubunun puanı ise %92,25 olarak bulunmuştur. Skorlara bakıldığında prenatal dönem için yapılan değerlendirmeden NSD grubunun C/S grubundan, PÖİ puanı açısından, daha yüksek puan aldığı göze çarpmaktadır. Bunun sebebi olarak; prenatal dönem değerlendirilirken C/S grubunda mükerrer sezaryen oranının yüksek olması (%78,7) ve daha önce bir sezaryen operasyonu geçirmiş olmanın prenatal dönemdeki optimaliteyi düşüren bir parametresi olması gösterilebilir. Oİ-TR'nin uyarlama çalışmasını yapan Yücel ve Taşkın (2015)'in çalışmasında, sağlıklı gebelerin PÖİ puanının %88,05, yüksek riskli gebelerin ise %85,49 olduğu belirlenmiştir (14). Bu çalışma ile Yücel ve Taşkın (2015)'in çalışma sonucu değerlendirildiğinde, bu çalışmadaki NSD grubunun PÖİ puanlarının Yücel ve Taşkın (2015)'in çalışmasındaki sağlıklı ve riskli gebelerin PÖİ puanlarından daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bu çalışmadaki NSD grubunun PÖİ puanının optimaliteye yakın olması prenatal bakımın yıllar içerisinde ülkemizde giderek geliştiğinin bir göstergesi olabilir. Nitekim TNSA 2008 ile TNSA 2013 verilerine göre prenatal bakım alan kadınların oranının %92'den %97'ye yükselmesi bunu destekler niteliktedir (6,7).

Bu çalışmada Oİ puanları açısından bakıldığında; C/S grubunun Oİ puanı %88,73 iken NSD grubunun Oİ puanı ise %83,39'dur. Ülkemizde Yücel ve Taşkın (2015)'in Oİ-TR'nin uyarlama sürecinde yaptıkları araştırmada, sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin puanları değerlendirilmiştir. Ancak Oİ puanlarına bakıldığında ise sağlıklı gebelerin (%77,65) yüksek riskli gebeler (%78,60) ile birbirine yakın skorlar aldığı belirlenmiştir (14). Amerika'da Low ve ark. (2008)'nin 3425 gebeyle yaptığı araştırmada; sağlıklı gebe grubunun Oİ skoru %84 iken riskli grubun skoru ise %71 bulunmuştur (49). Bu çalışma sonucunda her iki grubun da Oİ puanının, Yücel ve Taşkın (2015) ve Low ve ark.(2008)'nin araştırma sonuçlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir (14,49). Bu

farkın, kurumlar arası uygulama ve araştırma yıllarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada Total Oİ puanları açısından bakıldığında; C/S grubunun Total Oİ puanı %88,51 iken NSD grubunda ise Total Oİ puanı %85,55'dir. Yücel ve Taşkın (2015)'in yaptığı çalışmada, sağlıklı gebelerin Total Oİ puanı %80,27 bulunurken yüksek riskli gebelerin ise %80,30 bulunmuştur. Bu araştırma sonucu ile Yücel ve Taşkın (2015)'in araştırma sonuçları karşılaştırıldığında, bu çalışmadaki Total Oİ puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (14). Yukarıda da belirtildiği gibi PÖİ ve Oİ puanlarının da bu çalışmada Yücel ve Taşkın (2015)'in araştırma sonuçlarından daha yüksek olması nedeniyle Total Oİ puanlarının da yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada, doğum eylemi sırasında optimalitenin sağlanması için gerekli parametrelerin yerine getirilmemesinin optimalite düzeyini düşürdüğü gözlenmiştir. Her iki grupta da yerine getirilmeyen parametreler olarak; gebelik döneminde nonstress test (NST) yapılması, doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmaması (sağlık ekibi dışında), anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlanmaması ve doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulanmamasının (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç) yer aldığı görülmektedir.

NST'nin fetüsün sağlığı açısından oluşabilecek hipoksi gibi aksi bir durumu önceden tespit etmek amaçlı yapıldığı bilinmektedir. DSÖ 2016 Antenatal Bakım Rehberi'nde rutin antenatal NST önerilmemektedir (25). Ancak ülkemizde NST, gebelik dönemi izlemlerinde kullanılmaktadır. Bu çalışmada, her iki gruptaki tüm gebelere NST uygulandığı belirlenmiştir. Bu uygulama her iki grupta da optimalite indeksini düşüren bir parametre olarak karşımıza çıkmakta ve bu çalışmadaki tüm kadınlara uygulanması dikkat çekicidir.

Yapılan sistematik derlemelerde doğumda destek veren kişinin varlığıyla; NDS oranının artması, doğum süresinin kısalması, sezaryen doğum oranının azalması, müdahaleli vajinal doğum oranının azalması, herhangi bir analjezi kullanılmaması, yenidoğanda 5. dakika Apgar skorunun düşük olma olasılığının azalması ve olumsuz duyguların en aza indirilmesi gibi anne ve bebek için iyi olabilecek sonuçlar elde edilebildiği bulunmuştur (50,51). Ancak ülkemizde çoğunlukla doğumhanelerde gebelere

destek olabilecek kişilerin bulunmasına izin verilmemektedir. Bu çalışmada da hiçbir gebenin yanında sağlık personeli haricinde doğumda destek veren kişinin yer almadığı belirlenmiştir. Bu durum optimaliteyi düşüren bir parametre olarak karşımıza çıkmıştır. Optimalitenin yükseltilmesi için bu durumun düzeltilmesinin gerekliliği göz ardı edilemez.

Doğumdan hemen sonra anne ile bebeğin ten tene temasının sağlanması ve ilk emzirmeye kadar sürdürülmesi gerektiği kanıt temelli çalışmalarda vurgulanmaktadır. Yapılan sistematik derleme ve çalışmalar sonucunda ten tene temasın emzirmeyi teşvik ettiği, emzirme süresini uzattığı, ebeveyn memnuniyetinde artış sağladığı, anne-bebek bağlanmasını desteklediği, yenidoğanın solunum hızını dengelemede fayda sağladığı, yenidoğanın uyku düzenini olumlu etkilediği ve yenidoğana uygulanan işlemler sırasında ağrı algısını azalttığı bildirilmiştir (52,53,54,55,56,57). Ancak bu çalışmada ten tene temasın hem C/S hem de NSD grubunda hiçbir gebeye sağlanmadığı bulunmuştur. Ten tene temasın anne ve bebek üzerindeki tüm olumlu etkilerine rağmen doğum sonu dönemde bebeğin bakım gereksinimleri, kliniklerdeki yoğunluk ve sağlık elemanı yetersizliği öne sürülerek anne ile bebeğin ayrıldığı ve dolayısıyla bu uygulamanın yapılmadığı görülmektedir. Bu uygulama optimaliteden uzaklaştırıcı ve uygulandığı durumda optimaliteyi artıracak diğer bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırmada, hem C/S (%97,8) hem de NSD grubunda (%89,6) yüksek oranlarda doğum sonu dönemde ilaç uygulaması yapıldığı tespit edilmiştir. Doğum sonu dönemde çoğunlukla her iki grupta analjezik uygulaması, C/S grubunda da ek olarak antibiyotik uygulaması göze çarpmaktadır. Yapılan çalışmalarda, normal doğum sürecinde ağrı faktörünün doğumun fizyolojisi gereği oluştuğu ve ağrının ortadan kaldırılmasının tam bir memnuniyet getirmediği belirtilmektedir. Çalışmalarda ağrı yönetimi ile ilgili analjezik yerine aromaterapi, refleksoloji, akupunktur/akupressür, hipnoz gibi nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılabilirliği ve ayrıca bu uygulamaların doğum sürecinin fizyolojisini bozmayacağı savunulmaktadır (58,59,60,61). Bu çalışmada ki ilaç uygulamaları arasında oksitosin dışında ek uterotonik ilaç kullanımının yaygın olduğu gözlenmiştir. Literatürde ek uterotonik kullanımı ve ven yoluyla uygulanmasının kadında hipotansiyon, kardiyak kollaps, su intoksikasyonu gibi istenmeyen etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu uygulamaların sadece uterin atoniye bağlı kanama durumlarında kullanılabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca yapılan tüm ilaç uygulamalarının doğum sonu

dönemde anneden bebeğe emzirme yoluyla geçtiği ve bu ilaçların yenidoğan için yüksek oranda zararlı olabileceği vurgulanmaktadır (62,63,64,65,66). Optimalitenin sağlanması açısından ilaç uygulamaları ile ilgili kanıtlar doğrultusunda bakım verilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması uygun olacaktır.

NSD grubunda yukarıda belirtilen parametreler dışında; doğum eyleminin 1. ve 2. evresinde (oral, IM ya da IV yolla) ilaç uygulanması (%87,6), doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulanması (%73,1), doğumda sırt üstü pozisyonun kullanılması (%100) ve epizyotomi uygulanması (%59,1) da optimalite değerini düşüren parametreler olarak belirlenmiştir.

Doğum eyleminin 1. ve 2. evresinde (oral, IM ya da IV yolla) ilaç uygulanması ile doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulanmasının ülkemizde doğum sırasında sıkça karşılaşılan tıbbi müdahalelerden olduğu bilinmektedir (46,67). Bu çalışmada NSD grubunun %73,1'ine indüksiyon uygulandığı tespit edilmiştir. Ülkemizde indüksiyon uygulamaları ile ilgili net bir oran olmamakla birlikte Van'da 300 NSD yapan kadının alındığı çalışmada %90 oranında indüksiyon uygulaması yapıldığı belirtilmiştir (46). Amerika'da 1990 yıllarında %9,6'dan 2012 yılında %23,3'e yükseldiği ifade edilmektedir (68). Doğumda tıbbi endikasyon olmadan indüksiyon uygulamalarının yapılmasının sezaryene alınma, uterus rüptürü, fetal distres gibi riskleri artırdığı bilinmektedir (67,68,69). Norveç'te yapılan bir çalışmada da her on indüksiyondan birinin tıbbi endikasyonsuz uygulandığı ve bu indüksiyonların %86'sının vajinal doğumla sonuçlandığı bulunmuştur (70). Ayrıca çalışmalarda ebeler tarafından yaptırılan doğumlarda indüksiyon uygulama oranlarının az olduğunu bildirmektedir (71,72,73,74). Optimal durumun sağlanması açısından sıklıkla kullanılan bu uygulamadan vazgeçilmesi için yönergelerin etkin kullanımının sağlanması yönünde çalışmalar yapılması önerilebilir.

Doğum pozisyonları incelendiğinde birçok çalışma karşımıza çıkmaktadır. Özellikle kanıt temelli çalışmalar ile doğum eyleminin 1. evresinde dik pozisyonların (yürüme, oturma, ayakta durmak ve diz çökme dahil) kullanılmasının doğumun ikinci evresini (1 saat 22 dakika) kısalttığı, epizyotomi ihtiyacını ve sezaryen riskini azalttığı bildirilmektedir (75,76,77,78,79). DSÖ de aynı şekilde doğumda dik pozisyonların teşvik edilmesini, kadının mobilizasyonuna ve tercih ettiği pozisyonda olmasına izin verilmesini önermektedir (80). Doğumun 2. evresinde lateral pozisyon ile litotomi pozisyonunu

karşılaştıran bir çalışmada ise lateral pozisyonda daha az perineal travma olduğu gözlemlenmiştir (81). Ancak ülkemizde doğumun 2. evresinde genellikle litotomi pozisyonu kullanılmaktadır. Bu çalışmada NSD grubunun hepsi litotomi pozisyonunda doğum yapmıştır. Bu durum doğum eyleminde gebenin optimaliteden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Çünkü litotomi pozisyonu damarlar üzerinde bası oluşmakta ve kadını doğum eylemi sırasında etkisiz hale getirmektedir (78,79). Doğum eylemi sürecinde sırtüstü pozisyon dışındaki pozisyonların kadının tercihine bırakılmasının optimaliteyi arttıracığı göz önünde bulundurularak kadın bu yönde desteklenebilir.

Doğum eylemi sırasında sık karşılaşılan müdahalelerden biri de epizyotomi uygulamasıdır. Epizyotomi uygulaması; bebeğin doğumunu kolaylaştırma ve kontrollü bir şekilde olası perineal travmaları önlemek amacıyla yapılmaktadır. Ancak epizyotomi sonrası birçok kadın ağrı yaşamakta ve rahatsızlık hissetmektedir. Ayrıca opere edilmiş bölgenin bakımı iyi yapılmadığı takdirde enfeksiyona yatkınlık artmaktadır (56,79,82). Kadınların doğum sonu konforunu önemli ölçüde etkileyen epizyotomi için Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Birliği rutin olarak uygulanmamasını ve geçerli endikasyonlarda (omuz distosisi, operatif vajinal doğum vb.) başvurulmasını önermektedir (83). Yapılan sistematik derlemede, rutin epizyotomi ile endikasyona göre epizyotomi uygulaması karşılaştırılmıştır. Rutinde epizyotomi uygulamanın perineal yırtık ve travmaları önlemediği, endikasyona bağlı epizyotomi uygulamalarının ise daha az yırtık ve travma oluşturduğu belirlenmiştir (84). Ancak ülkemizde rutin olarak epizyotomi uygulanması yaygındır (56,79). Ülkemizde yapılan araştırmalar primipar kadınlarda %90-%99, multipar kadınlarda ise %50-%75 arasında değişmektedir (85,86,87). Dünyanın çeşitli yerlerinde yapılan çalışmalara göre primiparlarda %50-%95, multiparlar ise %6-20 arasında değer verilmektedir (88,89,90,91). Bu çalışmada, NSD grubundaki kadınların yarısından fazlasına epizyotomi uygulanmıştır. Bu uygulama geremeyen durumlarda yapıldığında zarar vermesinin yanında yarar da sağlamayarak kadını optimal durumdan uzaklaştırmaktadır. Epizyotomi uygulamasının azaltılması için öncelikle doğumun kendi seyrinde ilerlemesine izin verilmesinin önemi unutulmamasının gerektiği söylenebilir.

### **5.3. Araştırmanın DSKÖ Bulgularının Tartışılması**

DSKÖ; fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel olmak üzere 3 alt boyutta değerlendirilmektedir. C/S grubunda fiziksel konfor puanı 37,50, psikospiritüel konfor puanı 20,55 ve sosyokültürel konfor puanı 30,53 olarak bulunmuştur. NSD grubunda ise

fiziksel konfor puanı 33,24, psikospiritüel konfor puanı 15,89 ve sosyokültürel konfor puanı 29,04 olarak belirlenmiştir. C/S grubunun DSKÖ puanlaması tüm alt boyutlarda daha yüksek olup iki grup arasında anlamlı farklılık vardır. Gruplar arasındaki bu farklılığın NSD sırasında yapılan müdahalelerin C/S'ye oranla daha fazla olması ve epizyotomi gibi müdahalelerin doğum sonu dönemde konforu azaltması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada DSKÖ'den C/S grubunun toplam konfor puanı 88,71, NSD grubunun toplam konfor puanı ise 78,24 olarak saptanmıştır. Çapık ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada, 233 lohusa (NSD:116, C/S:117) alınmış ve DSKÖ'den C/S grubunun toplam konfor puanı 117,05, NSD grubunun toplam konfor puanı ise 119,53 olarak belirlenmiştir. Ancak iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (92). Çapık ve ark. (2014)'nin çalışma sonucu ile bu çalışma sonucu arasında toplam konfor puanı açısından farklılık bulunmaktadır. Bu durumun çalışma gruplarının yaş, eğitim durumu gibi demografik özelliklerinin benzer olması nedeni ile bölge ve kültür farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

DSKÖ ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) benzer parametreleri sorgulamaktadır. Dereli ve ark. (2013)'nin DSYKÖ ile yaptığı çalışmada, geriye dönük doğum tercihleri sorgulandığında NSD yapan kadınların çoğunun (%82,3), daha önce normal doğum hakkında bilgilendirildikleri için doğum sonu dönemde konforlu hissettikleri belirlenmiştir (93). Yine Çelik ve ark. (2014)'nin çalışmasında da, lohusalar doğum öncesi dönemde bilgi aldıkları için doğum sonu dönemde yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğunu tespit edilmiştir (94). Dolayısıyla gebelik ve doğum sürecindeki bilgilendirmenin doğum sonu dönemde konforu etkilediği düşünülmektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu araştırma, doğum şekillerine (C/S, NSD) bağlı optimalite ve konfor düzeyini belirlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniği'nde yatan 371 lohusa ile gerçekleştirildi. 173 C/S ile 198 NSD yapan lohusanın incelenmesi sonucu aşağıdaki sonuçlar elde edildi;

- C/S ve NSD grubu sosyo demografik özellikler açısından karşılaştırıldığında yaş, eğitim durumu ve gelir durumu arasında anlamlı

farklılık bulundu ( $p<0,05$ ), çalışma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ),

- C/S ve NSD grubu obstetrik özellikler açısından karşılaştırıldığında doğum ve toplam gebelik sayıları arasında anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ), düşük ve kürtaj sayıları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ),
- C/S grubunun hepsine nonstres testi yapıldığı, doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), anne ve yenidoğan arasında ten temasının sağlanmadığı ve çoğuna doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç) belirlendi,
- NSD grubunun da hepsine nonstres testi, dörtte üçüne doğum indüksiyonu uygulandığı, büyük çoğunluğuna doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapıldığı, hiçbirinde doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), hiçbirinde anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlanmadığı, hiçbirinde doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanılmadığı, yarısından fazlasına epizyotomi uygulandığı, yarısından fazlasına doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulandığı (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç), hiçbirinde anne ve yenidoğan arasında ten temasın sağlanmadığı ve büyük çoğunluğuna doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç) belirlendi,
- C/S ve NSD grubu DSKÖ puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; DSKÖ'nün üç alt boyutu ve toplam puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ).



## ÖNERİLER

Kanıt dayalı araştırmalar çerçevesinde hazırlanan Oİ-TR prenatal dönem, doğum süreci ve doğum sonu dönemdeki bakım ve uygulamaların kanıt temellerine dayandırılarak sorgulanmasını sağlamaktadır. Bu doğrultuda araştırmada tespit edilen ve optimaliteden uzaklaştıran parametreler ile ilgili öneriler aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

- Prenatal dönemde NST izleminin yapılması optimaliteden uzaklaştırdığı için gerekli durumlar dışında rutin olarak yapılmaması
- Doğum eylemi sırasında gebeye sağık personeli dışında destek verebilecek bir kişinin bulunması ve bu konuda kurum politikalarının düzenlenmesi,
- Doğum sonu dönemde anne ile bebeğın ten tene temasının ivedilikle sağılanması ve bu durumu kolaylaştırmak amacıyla kurum politikaları tarafından desteklenmesi,
- Doğum sonu dönemde gerekmedikçe ilaç uygulaması yapılamaması, bunun yerine nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması ve bu konuda sağık personelinin bilinçlendirilmesi,
- Normal doğum sürecinde indüksiyon uygulamalarının geçerli endikasyonlar dışında yapılmaması ve doğumun kendi sürecine göre ilerlemesine izin verilmesi,
- Doğum eylemi sırasında kadının isteğı göz önüne alınarak sırtüstü pozisyonunun haricindeki diğeri pozisyonları alması sağılanması,
- Normal doğum eylemi sırasında rutin bir şekilde epizyotomi uygulamasından kaçınılarak kadının doğum sonu konfor düzeyi desteklenmesi,
- C/S ve NSD sırasında yapılan bakım ve müdahaleler doğrultusunda ve dolayısıyla doğum sonu konforun etkilenmesi açısından, kadınları C/S'e yönlendirebilecek tüm bu parametrelerin düzeltilmesi konusunda sağık personeli bilgilendirilmesi ve kurum politikalarının DSÖ ve Sağık Bakanlığı'nın hazırladığı yönergeler doğrultusunda düzenlenmesi gerektiğı önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-184.
2. Öztürk, D., Yılmaz-Sezer, N., & Eroğlu, K. (2014). Perinatolojide Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 1-2.
3. Yücel, Ç. (2016). Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesinde Kullanılan Optimalite İndeksi-United States(Us)'In Türkçe'ye Uyarlanması. *Sağlık ve Toplum*, 26(1), 19-26.
4. Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3).
5. Büyük, B.D.(2017). Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu Ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA (2008). Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım. Ankara, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Erişim 01.03.2018, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA (2013). Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım. Ankara, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Erişim 01.03.2018, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)
8. World Health Organization. (1981). Global strategy for health for all by the year 2000 (No. 3). World Health Organization. Erişim: 13.11.2018 [https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR\\_RC032\\_GlobalStrategy\\_1981\\_en.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf)
9. World Health Organization. (1996). Care in normal birth: a practical guide/report of a technical working group. In Care in normal birth: a practical guide/report of a technical working group. Erişim: 13.11.2018 [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
10. Murphy, P. A., ve Fullerton, J. T. (2001). Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 46(5), 274–284.

11. Murphy, P. A., ve Fullerton, J. T. (2006). Development of the optimality index as a new approach to evaluating outcomes of maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(6), 770–778.
12. Sahin, N. H., Gökyıldız, S., ve Bıdırcın, M. (2005). Kanıta dayalı tıp ve perinatoloji hemşireliğinde kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 84-93.
13. Turan, J. M., Bulut, A., Nalbant, H., Ortaylı, N., ve Erbaydar, T. (2006). Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. *Social Science & Medicine*, 62, 2196-2204.
14. Yucel, C., Taskin, L., & Low, L. K. (2015). Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. *Midwifery*, 31(12), 1135-1142.
15. Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3).
16. Karakaplan, S., & Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65.
17. Çapık, A., Özkan, H., & Apay, S. E. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3).
18. Kennedy, H. P. (2006). A concept analysis of optimality in perinatal health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 763-769.
19. Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., ... & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 28.
20. Fullerton, J. T., Low, L. K., Shaw-Battista, J., & Murphy, P. A. (2011). Measurement of perinatal outcomes: a decade of experience and a future vision for the Optimality Index-US. *International Journal of Childbirth*, 1(3), 171.
21. Sağlık Bakanlığı (2009). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi; Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara. Erişim: 22.04.2019  
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>

22. Ergin, A. (2018). Türkiye'de 1990'lı Yıllarda Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarındaki Değişimlerin Yenidoğan, Yenidoğan Sonrası Ve Bebek Ölümlülüğüne Etkisi.
23. Hamilton, B. E., Martin, J. A., Ventura, S. J., Sutton, P. D., ve Menacker, F.(2005). Births: Preliminary data for 2004. National Vital Statistics Reports,54, 1-20.
24. Öztürk, D., Yılmaz-Sezer, N., & Eroğlu, K. (2013). Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 13-28.
25. World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. Erişim: 08.05.2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=B563CA1138AA8D9EE4472B86641096A4?sequence=1>
26. Tanrıverdi, G. (2015). Lohusa kültürel özellikleri tanılama rehberi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(1).
27. Taşkın, L. (2015). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp.
28. Vatansever, Z., & Okumuş, H. (2017). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6(2).
29. Yakut, E. Y. (2015). Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
30. Karabel, M. P., Demirbaş, M., & İnci, M. B. (2017). Türkiye’de ve dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. Sakarya Med J, 7(4), 158-163.
31. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et al: CesareansectionandpostpartumhysterectomyIn: Williams Obstetrics24st ed. New York McGraw-HillEducation; 2014: p:587-588
32. Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 141-87. Erişim: 24.04.2019 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
33. Betrán, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., Gülmezoglu, A. M., WHO Working Group on Caesarean Section, Aleem, H. A., ... & Deneux-Tharaux, C. (2016). WHO statement on caesarean section rates. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 123(5), 667-67

34. Prechtl, H. F. (1980). The optimality concept. *Early Human Development*, 4(3), 201.
35. Wieggers, T. A., Keirse, M. J. N. C., Berghs, G. A. H., & Van der Zee, J. (1996). An approach to measuring quality of midwifery care. *Journal of clinical epidemiology*, 49(3), 319-325.
36. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim: 24.03.2019  
[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5cd4518a3e3353.01005314](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5cd4518a3e3353.01005314)
37. Kolcaba K (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Co, New York.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). Kadın Hastalıkları ve Doğum Komisyonu Raporu. İl Sağlık Müdürlüğü, Ankara. Erişim: 18.06.2019  
[http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin\\_hastalıkları\\_ve\\_dogum\\_bransi\\_komisyon\\_calismalari.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastalıkları_ve_dogum_bransi_komisyon_calismalari.pdf)
39. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florance Nittingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 16(61):16–23.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Faaliyet Raporu. Erişim: 23 Nisan 2019  
<https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202018.pdf>
41. T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). Faaliyet Raporu. Erişim: 23 Nisan 2019  
<https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202017.pdf>
42. T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Faaliyet Raporu. Erişim: 23 Nisan 2019  
<https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202016.pdf>
43. OECD (2017), Caesareansections (indicator). doi: 10.1787/ adc3c39f-en. Erişim: 23 Nisan 2019  
<https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.html>
44. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (2010). Erişim: 23 Nisan 2019  
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407,dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf?0>

45. İşgüder, Ç. K., Bulut, Y. E., Yılmaz, G., Doğru, H. Y., Özsoy, A. Z., & Başol, N. (2017). Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(4).
46. Özcan, Ş., & Aslan, E. (2015). Normal Doğumda Ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 41-48.
47. Öner, S., & Koçaş, F. (2016). Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5).
48. Yuen, J., Painter, I., Abraham, L., Melian, M., & Denno, D. M. (2014). A comparison of trends in cesarean delivery in Paraguay between 1995 and 2008. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(3), 265-271.
49. Low, L. K., Seng, J. S., & Miller, J. M. (2008). Use of the Optimality Index in United States in Perinatal Clinical Research: A Validation Study. *Journal of midwifery & women's health*, 53(4), 302-309.
50. Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
51. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
52. Cho, E. S., Kim, S. J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M., & Lee, S. (2016). The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal–infant attachment, and maternal stress. *Journal of pediatric nursing*, 31(4), 430-438.
53. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, (11).
54. Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., ... & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
55. Baley, J. (2015). Skin-to-skin care for term and preterm infants in the neonatal ICU. *Pediatrics*, 136(3), 596-599.

56. Toprak, F. Ü., Turan, Z., & Erenel, A. Ş. (2017). Doğum Sonu Erken Dönem Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), 96-103.
57. Korkut, S. İnal, S. (2017). Doğum sonu erken dönemde sağlıklı yenidoğanlara uygulanan kanguru bakımının emzirmeye etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi).
58. Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A., & Levett, K. M. (2011). Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).
59. Smith, C. A., Collins, C. T., & Crowther, C. A. (2011). Aromatherapy for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).
60. Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).
61. Yıldız, Ü. G., Yıldız, S., Kurt, B. B., Ürper, S., Kurt, Y., & Güzel, S. (2013). Doğum ağrısı ve hipnoz.
62. Soltani, H., Hutchon, D.R., Poulouse, T.A. (2010). "Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth". Cochrane Database of Systematic Reviews, (8): CD006173.
63. Mousa, H.A., Blum, J., Abou El Senoun, G., Shakur, H., Alfirevic, Z. (2014). "Treatment for primary postpartum haemorrhage". Cochrane Database of Systematic Reviews, (2): CD003249.
64. Toğrul, C., Başer, E., Özdal, B., Güngör, T. (2012). "Postpartum Kanamanın Yönetimi". The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology, 9 (36): 1502- 1508.
65. Cotter, A.M., Ness, A., Tolosa, J.E. (2001). "Prophylactic oxytocin for the third stage of labour". Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4. Art. No: CD001808.
66. Su, L.L., Chong, Y.S., Samuel, M. (2007). "Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage". Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, Art. No: CD005457.
67. Demirel, G., & Çelik, D. B. (2013). Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı. Merhaba, 157.

68. Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Edmonds, J. K., Kozhimannil, K. B., & Repke, J. T. (2018). Labor Induction and Cesarean Delivery: A Prospective Cohort Study of First Births in Pennsylvania USA. *Obstetric anesthesia digest*, 38(2), 102-103.
69. Wilson BL, Effken J, Butler JR. (2010). The relationship between section and labor induction. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(2): 130-8
70. Dögl, M., Romundstad, P., Berntzen, L. D., Fremgaarden, O. C., Kirial, K., Kjøllesdal, A. M., ... & Torkildsen, C. F. (2018). Elective induction of labor: A prospective observational study. *PloS one*, 13(11), e0208098.
71. Chambliss LR, Daly C, Medearis AL, Ames M, Kayne M, Paul R. The role of selection bias in comparing cesarean birth rates between physician and midwifery management. *Obstetrics and Gynecology* 1992; 80(2):161-165.
72. Davis LG, Riedmann G L, Sapiro M, Minogue JP, Kazer RR. Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *Journal of Nurse Midwifery* 1994;39(2):91-7.
73. Adler B A, Bodner K, Kimberger O, Lazanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: A comparison between midwife and physician management. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2004;116 (11):379-384.
74. Vural, G., & Erenel, A. Ş. (2017). Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 76-83.
75. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews*, (8).
76. Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
77. Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).
78. Başgöl, Ş., & Beji, N. K. (2015). Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar Ve Kanıtı Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 32-39.



79. Kaya, N., & Demirel, G. (2019). Perineal Travmayı Azaltmaya Yönelik Alternatif Yöntemler. *ACU Sağlık Bil Derg*; 10(2):156-160
80. Makuch MY. Maternal positions and mobility during first stage of labour: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization; 2010
81. Meyvis, I., Van Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E., & Mistiaen, W. (2012). Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*, 39(2), 115-120.
82. Bonet, M., Ota, E., Chibueze, C. E., & Oladapo, O. T. (2017). Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
83. SOGC. Guidelines For Operative Vaginal Birth. 2004; No: 148. (Erişim 1 Mayıs 2019)  
<https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/148E-CPG-August2004.pdf>
84. Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
85. Karacam Z, Eroglu K. Effects of Episiotomy on Bonding and Mother's Health. *J Adv Nur* 2003; 43: 384–94.
86. Sayiner FD, Demirci N. Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği, *İÜFN Hem Derg* 2007; 15:146-54.
87. Dönmez, S., & Sevil, Ü. (2009). Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 105-112.
88. Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Based Descriptive Study. *BMJ* 2002; 324: 945-6.
89. Al-Ghammari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbali M, Al-Marjabi F, Al-Mahrouqi B, Al-Khatri A et al. Predictors of Routine Episiotomy in Primigravida Women in Oman. *Appl Nurs Res* 2016; 29: 131–5.
90. Van den Bergh JE, Sueters M, Segaar M, Van Roosmalen J. Determinants of Episiotomy in Rural Zimbabwe. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 966-8.

91. Raisanen S, Vehvilainen- Julkunen K, Heinonen S. Need for and Consequences of Episiotomy in Vaginal Birth: A Critical Approach. *Midwifery* 2010; 26: 348-56.
92. apık, A., zkan, H., & Apay, S. E. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3).
93. Yılmaz, S. D., Bal, M. D., Beji, N. K., & Uludag, S. (2013). Women's preferences of method of delivery and influencing factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(8), 683.
94. elik, A. S., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3)

## FORMLAR

EK-1

Vaka No:

## Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Yaşadığınız yer?

a) Kırsal b) Kentsel

3. Yaşadığınız bölge .....

4. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur yazar değil b) Okuryazar c) İlköğretim Mezunu  
d) Lise e) Yüksekokul/fakülte

5. Mesleğiniz nedir?

a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Serbest Meslek

6. Çalışma durumunuz nedir?

( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

7. Sosyal güvenceniz nedir?

a) SSK b) Bağkur c) Emekli Sandığı  
d) Yeşilkart e) Özel Sigorta f) Yok

8. Gelir Durumunuz nedir?

( ) Gelir giderden az ( ) Gelir giderle eşit ( ) Gelir giderden fazla

9. Kaç doğum yaptınız:.....

10. Düşük sayınız:.....

11. Kürtaj sayınız:.....

12. Toplam gebelik sayınız:.....

13. Doğum şekliniz

1) Normal doğum 2) Sezaryen 3) Müdahaleli doğum

## EK-2 Optimalite İndeksi -TR

OPTİMALİTE İNDEKSİ-TR VAKA RAPOR FORMU				
<b>GENEL KODLAR:</b> 0 = Hayır 1 = Evet 7 = Geçerli Değil				
8 = Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayan veri)				
9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)				
PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ (PÖİ)				
Temel Özellikler	Primipar		Multipar	
1. Evli olmak/partneri olmak	0	1	0	1
2. Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak	0	1	0	1
3. Türkçe konuşabiliyor olmak	0	1	0	1
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	0	1	0	1
5. Sağlık güvencesine sahip olmak	0	1	0	1
6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak	0	1	0	1
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol kullanmamış olmak	0	1	0	1
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanmamış olmak	0	1	0	1
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak	0	1	0	1
10. Şimdiki gebelik sırasında 18 - 35 arası yaşta olmak	0	1	0	1
11. Kronik hastalık öyküsüne <b>sahip olmamak</b> : Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, diyabet (gestasyonel olmayan), kalp hastalığı sınıf II-IV, HIV +, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)	0	1	0	1
12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak			0	1
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olmak			0	1
14. Preterm doğum öyküsüne <b>sahip olmamak</b>			0	1
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne <b>sahip olmamak</b>			0	1
16. Sezaryen doğum öyküsüne <b>sahip olmamak</b>			0	1
17. 2500 gr'ın altında doğan bebek öyküsüne <b>sahip olmamak</b>			0	1
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne <b>sahip olmamak</b> : Gestasyonel diyabet, intrauterin fetal kayıp, plasenta previa, ablasyo plasenta, şiddetli preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyumsuzluğu			0	1
<b>PÖİ PAYDA</b>	<b>11</b>		<b>18</b>	

<b>PÖİ HESAPLAMA</b>	<b>1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)</b>	<b>Değerlendirilen madde sayısı (Payda)</b>
	___	/ ___

PÖİ %		_____ %
-------	--	---------

OPTİMALİTE İNDEKSİ (Oİ)								
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM								
Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler								
19. İntrauterin fetal kayıp <b>yaşamadı.</b>						0	1	
20. Gebelikte aile içi şiddete maruz <b>kalmadı.</b>						0	1	
21. Gebelik komplikasyonu <b>yaşamadı:</b> tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması), gestasyonel diyabet, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma), çoğul gebelik, plasenta previa, ciddi preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyuşmazlığı, plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama						0	1	
22. Yeterli prenatal bakım aldı: <b>ilk trimesterde başlayan (&lt;14 hafta) ve en az 4 ziyaret</b>						0	1	
23. Amniyosentez ya da koryonik villus örnekleme <b>yapılmadı.</b>						0	1	
24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil <b>yapılmadı.</b>						0	1	
25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir <b>reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmadı.</b>						0	1	
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.						0	1	
DOĞUM								
Doğum eyleminin 1-4. evrelerinde kadının sağlık durumu								
Özellikler	Doğum Şekli	Planlı sezaryen	1. evrede sezaryen	2. evrede sezaryen	Vajinal doğum			
7=Fetal kayıp <20 hafta veri	9=Eksik							
27. Membranlar açıldığında amniyotik sıvı berraktı.			0	1	0	1	0	1
28. Doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu <b>uygulanmadı.</b>			0	1	0	1	0	1
29. Amniyotomi <b>yapılmadı.</b>			0	1	0	1	0	1
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması <b>yapılmadı.</b>			0	1	0	1	0	1
31. Doğumda epidural analjezi <b>kullanılmadı.</b>			0	1	0	1	0	1
32. Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı ( <b>Sürekli monitorizasyon endikasyonundan önce</b> ).			0	1	0	1	0	1
33. Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi ( <b>uzamış bradikardi, geç deselerasyon, non reaktif NST, fetal taşikardi</b> ).			0	1	0	1	0	1

34. Doğum eylemi sırasında destek veren kişi vardı ( <b>sağlık ekibi dışında</b> )		0	1	0	1	0	1	
35. Spontan olarak ikindi.				0	1	0	1	
36. Doğum, doğum eyleminin başlangıcında planlanan yerde gerçekleşti.		0	1	0	1	0	1	
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanıldı.				0	1	0	1	
<b>Doğum Şekli</b>	<b>Planlı sezaryen</b>	<b>1. evrede sezaryen</b>		<b>2. evrede sezaryen</b>		<b>Vajinal doğum</b>		
<b>Özellikler</b>								
38. Doğum sefalik prezantasyon ile gerçekleşti.				0	1	0	1	
39. Vajinal doğum müdahalesiz gerçekleşti (forseps ya da vakum kullanılmadı).				0	1	0	1	
40. Doğum vajinal yolla gerçekleşti.				0	1	0	1	
41. Epizyotomi <b>uygulanmadı.</b>				0	1	0	1	
42. Perinede ya da perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derecede laserasyon <b>gelişmedi</b> (sulkus ya da servikal laserasyonları da içeren).				0	1	0	1	
43. Epizyotomi ya da 1. ve 2. dereceden yırtıkta ilerleme/genişleme <b>olmadı</b> (3. ya da 4. derece perineal yırtığa).				0	1	0	1	
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç <b>uygulanmadı</b> (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç).						0	1	
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlandı.	0	1	0	1	0	1	0	1
46. Plasenta spontan olarak doğurtuldu.						0	1	
47. Doğum sonu kanama <b>gelişmedi.</b>	0	1	0	1	0	1	0	1
48. Kan transfüzyonu <b>yapılmadı.</b>	0	1	0	1	0	1	0	1
49. İntrapartum komplikasyon <b>gelişmedi:</b> koryoamniyonit, kord prolapsusu, şiddetli preeklampsi / eklampsi, ablasyo plasenta, omuz distosisi, plasenta akreta, emboli	0	1	0	1	0	1	0	1
<b>YENİDOĞAN</b>								
<b>Taburcu edilirken yenidoğanın sağlık durumu (72 saate kadar)</b>								
50. Gebelik yaşı 37-42 hafta olarak değerlendirildi.						0	1	
51. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.						0	1	
52. 5. dakika Apgar skoru 7 puan ve üzeri olarak değerlendirildi.						0	1	
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer <b>edilmedi.</b>						0	1	
54. Konjenital anomali <b>gözlenmedi.</b>						0	1	

55. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar <b>gözlenmedi</b> (Bakteriyel enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, kalp yetmezliği, hipovolemi, hipotansiyon, şok, intraventriküler kanama, nekrotizan enterokolit, pnömoni, persistan pulmoner hipertansiyon, böbrek yetmezliği, respiratuvar distres sendromu, Rh uyumsuzluğu, konvülsiyon, sepsis)	0	1
56. Taburcu olana kadar anne sütü + mama aldı.	0	1
57. Perinatal ölüm <b>görülmedi.</b>	0	1

<b>DOĞUM SONU DÖNEM</b>		
<b>Annenin sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)</b>		
58. Anne hastanede iken ateş görülmedi (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı <b>konulmadı</b> : sistit, endometrit, yara enfeksiyonu, mastit, hematoma, derin ven trombozu	0	1
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi <b>uygulanmadı</b> (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç)	0	1
60. Anne ölümü <b>görülmedi.</b>	0	1

Oİ HESAPLAMA	1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)	Değerlendirilen madde sayısı (Payda)
Oİ %	_____	_____ / _____ %

## EK-3

## DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

**YÖNERGE:** Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği belirtiniz.

	<b>İTEMLER VE İFADELENDİRME</b>	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2.	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3.	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4.	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor					
5.	Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
6.	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8.	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11.	Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					
13.	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
14.	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					
15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					
17.	Epizyotomi / ameliyat bölgemle ilgili rahatsızlık hissediyorum					



18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					

**Yapılan geçerlilik-güvenilirlik çalışması sonucu çevresel konforu ölçen aşağıdaki maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda kalınmıştır. Ancak, ölçek içinde olmasa da ayrı olarak sorgulanarak çevresel konforun da değerlendirilmesinde yarar görülmektedir.**

- Kendimi güvende hissediyorum
- Yattığım yatak çok rahatsız
- Özel eşyalarım için yeterli alan yok, sıkıntı yaşıyorum
- Bulduğum ortamdan/odadan (ısı, hava, koku, temizlik, gürültü, ışık v.s.) memnunum
- Yakınlarım/arkadaşlarım beni rahatlıkla ziyaret edebiliyor ve telefonla ulaşabiliyorlar
- Odada başka hasta ve yakınlarının olması beni rahatsız etmiyor.

EK-4

## ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 14/05/2018-174827



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-  
Konu :Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba  
Büyükkal'ın etik kurul kararı A-  
35

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :06.04.2018 tarih, 99984023-302.08.01-131899 sayılı yazı

Enstitümüz Ebelik Anabilim Dalı Dr.Öğretim Üyesi Tülay YILMAZ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba BÜYÜKKAL'ın yürütücülüğünde "Doğum Şeklinin Optimalite Düzeyine ve Konfora Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri 08 Mayıs 2018 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup,etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica olunur.

e-İmza  
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR  
Başkan

e-İmza  
Prof. Dr. Feray SAVRUN  
Dekan a.  
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :  
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için: <http://194.27.128.86/envslon.borgula/belgedogrulama.aspx?V=BESFC76NM>

Ayrıntılı bilgi için irihab : Gülser SOYDANER Dahili : 22000

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL  
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33  
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



EK-5

## KURUM İZNI



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK İKURUMU BAŞKANLIĞI - İSTANBUL  
KAGİTİZME GİRİŞİMİ VE YAYINLARI  
02-112018 97 35 - 110107222 - 604.01.01 - E-3410



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Tuba BÜYÜKKAL (Tez Çalışması)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE  
(Cerrah Paşa Mahallesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi No:1, 34098 Fatih/İstanbul)

İlgi : a) 06/09/2018 tarihli ve 71211201-27704 sayılı yazı.  
b) 01/11/2018 tarihli ve 74839299-604.01.01-18584 sayılı yazı.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba BÜYÜKKAL'ın "Doğum şeklinin optimalite düzeyine ve konfora etkisi" başlıklı tez çalışmasını, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun bulunmuş olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;  
Gereğini bilgilerinize arz ederim

e-İmzalıdır.  
Dt. Şule TUYGUN  
Müdür a.  
Başkan Yardımcısı

Seyitmizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlıkın Geliştirilmesi  
Birimi  
Faks No:  
e-Posta: sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Sinan KAVZAN

Unvan: SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No: 0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 90d89df0-5322-4275-9478-a78235678e28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-6

## OPTİMALİTE İNDEKSİ (TR) İZİNİ

Search: cigdemyuc@gmail.com

1 ileti dizisinden 1.

**Cigdem Yucel** <cigdemyuc@gmail.com> 22 Oca 2018 20:35

Alıcı: ben

Merhaba Tuba,

Tabiki Optimalite İndeksini kullanabilirsin. Ancak bu indeks diğer ölçme araçlarından biraz farklı bir yapıya sahip. Bu nedenle, bu indeksle birlikte sana kodlama ve skorelama kılavuzu ile kullanıcı kılavuzunu göndereceğim. Kullanıcı kılavuzunun daha anlaşılır olabilmesi için bir takım düzenlemeler yapmam gerekiyor. Bu nedenle, senin için de uygun olursa bu düzenlemeleri yaptıktan sonra sana göndermek isterim. Sana bu dökümanları gönderebilmem için ne kadar zamanım olduğunu bana iletebilirsen en kısa zamanda sana iletebilirim.

Şimdiden tez çalışmada başarılar diliyorum,

Sevgiler,

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Yücel  
Hacettepe Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

EK-7

## DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ İZİNİ

haticeeryilmaz@yahoo.com

1 ileti dizisinden 1.

**heryilmaz** <heryilmaz@marmara.edu.tr>  
Alıcı: ben

7 Mar 2018 Çar 15:09

Sayın Tuba Büyükkal,

Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz Doğum Sonu Konfor Ölçeği'ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir.

Çalışmalarınızda başarı dileklerle,

--

Assoc. Prof. Hatice YILDIZ  
Marmara University, Faculty of Health sciences,  
Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing  
Istanbul - Turkey

## İNTİHAL RAPORU

DOĞUM ŞEKLİNİN OPTİMALİTE DÜZEYİNE VE KONFORA  
ETKİSİ

## ORJİNALLIK RAPORU

%5

BENZERLİK ENDEKSİ

%4

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%1

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
3	<a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
4	<a href="http://www.deuhyoedergi.org">www.deuhyoedergi.org</a> İnternet Kaynağı	<%1
5	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
6	<a href="http://docs.neu.edu.tr">docs.neu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
7	<a href="http://www.phdernegi.org">www.phdernegi.org</a> İnternet Kaynağı	<%1
8	<a href="http://toad.edam.com.tr">toad.edam.com.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Tuba	<b>Soyadı</b>	Büyükkal
<b>Doğ.Yeri</b>	Nazilli	<b>Doğ.Tar.</b>	28.10.1988
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	13444425254
<b>Email</b>	buyukkaltuba@gmail.com	<b>Tel</b>	05535379430

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>		
<b>Lisans</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Ebelik Bölümü	2011
<b>Lise</b>	Karatay Süper Lisesi	2007

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/Ebelik Anabilim Dalı	2016 - Devam ediyor
2.	Aile Sağlığı Elemanı (Ebe)	Gökal Aile Sağlığı Merkezi/Erbaa/ Tokat	2012-2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	İyi	Çok İyi		YDS-83,25

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>	72		
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

### **Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri**

1. Büyükkal T., Özen S.S., Aytakin S., "TÜRKİYE'DE KÜLTÜRÜN LOHUSA BESLENMESİNE ETKİSİ", 1. Uluslararası İstanbul Ebelik Günleri , İSTANBUL, TÜRKİYE, 26-28 Nisan 2018, pp.50-50
2. Barol Kurtoğlu Z., Büyükkal T., Gürsoy Ş. , Yumrukaya Y., Kahveci A.İ., Kahveci E., "Yeni Bir Yaklaşım: Plasenta Tüketimi", 5. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018, pp.386-387
3. Çalımlı E.N., Batuhan F. , Büyükkal T., Kaya N., "Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi", 5. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018, pp.210-211
4. Büyükkal T., Aytakin S., Özen S.S., "Mahremiyetin Doğum Sürecine ve Korkusuna Etkisi", 1. Uluslararası İstanbul Ebelik Günleri , İSTANBUL, TÜRKİYE, 26-28 Nisan 2018, pp.124-124
5. Büyükkal T., Barol Kurtoğlu Z., Yumrukaya Y., Gürsoy Ş. , Kahveci A.İ., Kahveci E. , et al.,"Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ebeler : Türkiye Veİran'a Genel Bakış", 1. Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi, ADANA, TÜRKİYE, 11-14 Mayıs 2017, pp.49-49
6. Demirezen E., Büyükkal T., "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ebeler : Türkiye Veİran'a Genel Bakış", 1. Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi, ADANA, TÜRKİYE, 11-14 Mayıs 2017, pp.49-49

### **Özel İlgi Alanları (Hobileri):**

- Kitap Kulübü Üyeliği
- Ebelik Kulübü Üyeliği