

**T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**YAPILANDIRILMIŞ DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN DOĞUM  
TERCİHLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. AYŞEN TİL**

DANIŞMAN  
PROF.DR. MEHMET BOSTANCI

**DENİZLİ - 2018**

**T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**YAPILANDIRILMIŞ DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN DOĞUM  
TERCİHLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. AYŞEN TİL**


**DANIŞMAN  
PROF.DR. MEHMET BOSTANCI**

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nin 17.01.2018 tarih ve 2018TIPF002 nolu kararı ile desteklenmiştir.

**DENİZLİ - 2018**

Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI danışmanlığında Dr. AYŞEN TİL tarafından yapılan “Yapılandırılmış Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Tercihleri Üzerine Etkisi” başlıklı tez çalışması gün.../ay.../yıl... tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim/Bilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.


BAŞKAN

Prof. Dr. Mehmet Bostancı 


ÜYE

Prof. Dr. Filiz Abacıoğlu 

ÜYE

Doç. Dr. Özgür Sevil 

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.  
gün.../ay.../yıl.

Prof. Dr.  
  
Pamukkale Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Dekanı

## TEŞEKKÜR

Tez çalıŐmalarım sırasında mesleki bilgi ve deneyimlerini aktaran, tecrübelerini paylaŐan tez danışman hocam Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI' ya, uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Ahmet ERĐİN' e, Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ' e ve Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŐ' a teŐekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

ÇalıŐmalarım sırasında yardımcı olan ArŐ. Gör. Dr. Nevzat Atalay ÇELİKYÜREK' e;

Saha alıŐmaları sırasında bana destek olan Ebe Tülay KÜÜKAY ve Ebe Fatma SUNA' ya;

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan değerli anneme, babama ve sevgili kardeŐim ve eŐine çok teşekkür ederim.

Dr. Ayşen TİL

## İÇİNDEKİLER

|                               | <b>Sayfa No</b> |
|-------------------------------|-----------------|
| ONAY SAYFASI .....            | III             |
| TEŞEKKÜR .....                | IV              |
| İÇİNDEKİLER .....             | V               |
| SİMGELER VE KISALTMALAR ..... | VI              |
| ŞEKİLLER DİZİNİ .....         | VII             |
| TABLolar DİZİNİ .....         | VIII            |
| ÖZET .....                    | IX              |
| İNGİLİZCE ÖZET .....          | X               |
| GİRİŞ .....                   | 1               |
| GENEL BİLGİLER .....          | 5               |

### 1.1.DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SEZARYEN DOĞUM SIKLIKLARI

### 2.2.DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SEZARYEN DOĞUMUN ARTIŞ NEDENLERİ

2.2.1. İleri Anne Yaşı

2.2.2. Obezite

2.2.3. Gebelik Öyküsü

2.2.4. Sağlık Reformları

2.2.5. Toplumsal Cinsiyet Ve Kültürel Faktörler

2.2.6. Doğum Korkusu

2.2.7. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

2.2.8. Doğum Bilgisi

**2.3. DSÖ VE SAĞLIK BAKANLIĞININ SEZARYEN  
DOĞUMLARI AZALTMAYA YÖNELİK  
MÜDAHALELERİ**

2.3.1. Sezaryen Doğuma Özgü Müdahaleler

*2.3.1.1. Müdahalelerin Sınıflandırılması*

**2.4. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİM MODELLERİ**

2.4.1. Dick- Read Modeli

2.4.2. Bradley Metodu

2.4.3. Lameze Metodu

2.4.4. HipnoBirthing Mongan Metodu

2.4.5. England Modeli (Birthing from within)

**2.5. SAĞLIK EĞİTİMİ**

2.5.1. Sağlık İnanç Modeli

2.5.2. Sosyal Öğrenme Kuramı

**2.6. SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ  
DOĞUMA HAZIRLIK MODELİ**

**GEREÇ YÖNTEM .....** 25

**3.1. İZİNLER**

**3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

**3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

**3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ,  
ÖRNEKLEM SEÇİMİ**

3.4.1. Araştırmanın Evreni

3.4.2. Örneklem Büyüklüğü

3.4.3. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Belirlenmesi,

Örnekleme Seçimi

### **3.5. ARAŞTIRMAYA ALINMA VE ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA VE ÇIKARILMA KRİTERLERİ**

3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

### **3.6. MÜDAHALE ÇALIŞMASI SÜRECİ**

3.6.1. Müdahale Programının Tanıtımı

*3.6.1.1. Eğitim Konuları*

*3.6.1.2. Eğitim Yöntemleri*

*3.6.1.3. Eğitimde Kullanılan Araç - Gereç*

### **3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

### **3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

3.8.1. Anket Formu

### **3.9. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER**

3.9.1. Bağımlı Değişken

3.9.2 Bağımsız Değişkenler

### **3.10. ARAŞTIRMA TAKVİMİ**

### **3.11. ARAŞTIRMA BÜTÇESİ VE DESTEKLER**

### **3.12. VERİLERİN ANALİZİ**

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| <b>BULGULAR .....</b>          | <b>34</b> |
| <b>TARTIŞMA .....</b>          | <b>45</b> |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b> | <b>54</b> |

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>KAYNAKLAR .....</b> | <b>56</b> |
| <b>EKLER .....</b>     | <b>64</b> |





## ŞEKİLLER DİZİNİ

|  | <b>Sayfa No</b> |
|--|-----------------|
| <b>Şekil 1</b> Global ve bölgesel sezaryen doğum trend, 1990-2014                | 6               |
| <b>Şekil 2</b> Sezaryen doğum oranları, 2015                                     | 7               |
| <b>Şekil 3</b> Sağlık inanç modeli temel bileşenleri (Rohleder 2012)             | 21              |
| <b>Şekil 4</b> Sağlık inanç modeline göre yapılandırılmış doğuma hazırlık modeli | 24              |

## TABLolar DİZİNİ

|  | <b>Sayfa No</b> |
|--|-----------------|
| <b>Tablo 1</b> Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Gerçekleşen Doğumlar ve Sezaryen Oranları (%)           | 10              |
| <b>Tablo 2</b> Hedef Gruplara Göre Müdahale Çalışmaları  | 15              |
| <b>Tablo 3</b> Program İçeriğine Göre Müdahale Çalışmaları   | 16              |
| <b>Tablo 4</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi                   | 34              |
| <b>Tablo 5</b> Katılımcıların Gebelik Öykülerinin Değerlendirilmesi                                    | 35              |
| <b>Tablo 6</b> Gebelik ve Doğum Hakkında Aile Hekimliği Merkezinden Bilgi Alma Durumu                  | 37              |
| <b>Tablo 7</b> Gebelik ve Doğum Hakkında Herhangi Bir Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumu           | 38              |
| <b>Tablo 8</b> Müdahale ve Kontrol Gruplarının Doğum Tercih Kararı ve Etkileyen Faktörler              | 40              |
| <b>Tablo 9</b> Kontrol Ve Müdahale Gruplarının Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli                         | 41              |
| <b>Tablo 10</b> Katılımcıların Gerçekleştirdikleri Doğum Şeklini Etkileyen Faktörler                   | 42              |
| <b>Tablo 11</b> Katılımcıların Gerçekleştirdikleri Doğum Şeklini Etkileyen Faktörlerin Çoklu Analizi   | 44              |
| <b>Tablo 12</b> Gebe Eğitimi ile Sezaryen Doğumları Azaltmayı Amaçlayan Müdahale Çalışmalarının Özeti  | 47              |
| <b>Tablo 13</b> Gebe Eğitimi Dışı Sezaryen Doğumları Azaltmayı Amaçlayan Müdahale Çalışmalarının Özeti | 51              |

## KISALTMALAR DİZİNİ

|               |  |
|---------------|--|
| <b>ABD</b>    | : Amerika Birleşik Devletleri                              |
| <b>ASM</b>    | : Aile Sağlığı Merkezi                                     |
| <b>CS</b>     | : Caesarean Section  |
| <b>DSÖ</b>    | : Dünya Sağlık Örgütü                                      |
| <b>ND</b>     | : Normal Doğum   |
| <b>NICE</b>   | : National Institute for Health and Care Excellence        |
| <b>OECD</b>   | : Organization for Economic Cooperation and<br>Development |
| <b>TNSA</b>   | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları                    |
| <b>TSM</b>    | : Toplum Sağlığı Merkezi                                   |
| <b>UNİCEF</b> | : United Nations International Children's Emergency Fund   |
| <b>VAS</b>    | : Vizüel Analog Skala                                      |
| <b>VKI</b>    | : Vücut Kitle İndeksi                                      |
| <b>YÜT</b>    | : Yardımcı Üreme Tekniği                                   |

## ÖZET

### **Yapılandırılmış Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Tercihleri Üzerine Etkisi**

Dr. Ayşen TİL

Sezaryen doğum sıklığı tüm dünyada artış göstermektedir. Türkiye %53 sezaryen doğum sıklığı ile ilk sırada yer almaktadır. DSÖ tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğumları azaltmaya yönelik müdahaleler arasında kadını güçlendiren eğitimlerin önemini vurgulamaktadır. Bu çalışmada, sağlık inanç modeli temelli, Bandura'nın sosyal öğrenme kuramı temel alınarak davranış değişikliği oluşturmaya yönelik, kadını bütün olarak değerlendiren, tüm sağlık personeli tarafından uygulanabilir, sürdürülebilir, yapılandırılmış bir eğitim programının doğum tercihlerine etkisini ortaya koymak hedeflenmiştir. Araştırmamız kontrollü bir müdahale çalışmasıdır. Araştırma Şubat 2018 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Pamukkale Hacı Cafer Özer Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bölgesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile gebelik döneminde kadınlarla ilk görüşme sırasında ve doğum sonrasında olmak üzere iki aşamada toplanmıştır. Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health (Openepi) 3.01 versiyonu, kohort ve randomize klinik çalışmalarda örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışma süresince oluşabilecek aksaklıklar nedeniyle %10 yedek eklenerek kontrol ve müdahale grubundan 80'er kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma verileri SPSS 17.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri için sayı ve yüzdeler verilmiştir. Kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığı Ki-Kare testi kullanılarak test edilmiştir. Belirlenen risk faktörlerinin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmanın tip 1 hata düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda kontrol grubundaki gebelerin %56,3'ü, müdahale grubundaki gebelerin %75,0'i normal doğum yapmıştır. Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre daha fazla normal doğum yaptıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,013$ ). Katılımcıların gerçekleştirdikleri doğum şeklini etkileyen faktörlerin çoklu analiz sonucuna göre; kontrol grubundaki kadınların müdahale grubundaki kadınlara göre 2,41 kat (%95 GA 1,07- 5,41), yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların spontan yolla gebe kalan kadınlara göre 3,97 kat

(%95 GA 1,20-13,13), özel hastanede doğumu yapan kadınların devlet hastanesinde doğum yapan kadınlara göre 3,96 kat (%95 GA 1,52-10,31) daha fazla sezaryen doğum yaptıkları bulunmuştur. Çalışmamızda yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitiminin normal doğum oranlarını arttırdığı gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğuma hazırlık eğitimi, Sezaryen doğum, Normal doğum



## ABSTRACT

### **The Effect of Structured Delivery Preparation Education on Birth Preference**

Dr. Ayşen TİL

The frequency of caesarean delivery is increasing all over the world. Turkey ranks first with 53% incidence of cesarean delivery. WHO emphasizes the importance of education that strengthens women among the interventions to reduce non-medical cesarean deliveries. In this study, it was aimed to demonstrate the effect of the health belief model on the birth preferences of an education program that is applicable, sustainable, structured by all health personel, evaluating the woman as a whole, based on Bandura's Social Learning Theory. Our research is a randomized controlled intervention study. The research was carried out between February 2018 and May 2018 at Family Health Center in Pamukkale Hacı Cafer Özer Community Health Center region. The data were collected at two stages during the first interview and postpartum period during the pregnancy period with the questionnaire prepared by the researchers. Version 3.01 of the Open Source Epidemiological Statistics for Public Health (Openepi) was calculated using the sample size formula in cohort and randomized clinical trials. It was aimed to reach 80 people from the control and intervention group by adding 10% spare due to the troubles that may occur during the study period. The data of the study were evaluated using the SPSS 17.0 statistical program. Numbers and percentages are given for the descriptive statistics of the study. The difference between the categorical variables was tested using the Chi-square test. Logistic regression analysis was used to evaluate the identified risk factors. The type 1 error level of the study was accepted as 5%. In our study, 56.3% of the responders in the control group and 75.0% of the responders in the intervention group had vaginal deliveries. It was found statistically significant that women in the intervention group had more vaginal deliveries than women in the control group ( $p = 0.013$ ). According to the results of multiple analyzes of the factors affecting the way of delivery performed by the participants; it was found that women in the control group had 2.41 times (95% CI 1.07-5.41) more cesarean deliveries than women in the intervention group, women who were pregnant with assisted reproductive technology had 3.91 times more cesarean deliveries (95% CI 1.20-

13.13) than women who conceived spontaneously, women who gave birth in a private hospital had 3.96 times (95% CI 1.52-10.31) more cesarean delivery than women who gave birth in a public hospital. It has been shown in our study that structured delivery preparation education increases vaginal delivery rates.

**Keywords** Delivery preparation education, cesarean delivery, vaginal delivery



## GİRİŞ

Sezaryen ameliyatının tıbbi gerekliliklere bağlı olarak yapılmasının maternal, neonatal morbidite ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir [1, 2]. Buna karşın sezaryen ameliyatının gereksiz uygulanması erken ve geç dönemde pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Bunlar; erken dönemde anestezi komplikasyonları, annenin iyileşme süresinin uzaması, anne sütünün geç gelmesi, yenidoğanda solunum ve bağışıklık sistemi problemleri; geç dönemde ise geçirilmiş abdominal cerrahi komplikasyonları, bir sonraki gebelikte plasenta anomalileri ve uterus rüptürü gibi sorunlardır [3].

DSÖ, 2015 yılındaki kadınların pozitif doğum deneyimi yaşaması için antenatal bakım hizmetlerine önerilerin sunulduğu raporunda %10'un üzerindeki sezaryen doğumlarının hem maternal hem de neonatal morbidite ve mortaliteyi azaltmada etkisinin olmadığını vurgulamaktadır [4]. Buna rağmen OECD 2017 verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %16 - %53 arasında değişiklik göstermektedir. Sezaryen doğum sıklığındaki bu yükseklik sadece OECD ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde değil dünya genelinde bir halk sağlığı sorununa dönüşmektedir. Hatta az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek düzeydedir. Ülkemizin ise %53 sezaryen doğum sıklığı ile ilk sırada yer alması düşündürücüdür [5].

Dünyada ve Türkiye'de tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğum sıklığındaki artışın en önemli nedenleri olarak yardımcı üreme tekniklerinin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış gibi tıbbi teknolojik gelişimlerin etkili olduğu bildirilmektedir [6-8]. Bununla birlikte, doğum şeklinin belirlenmesinde, kadının eğitim seviyesi, gelir durumu, önceki gebelik deneyimleri, doğum korkusu, vajinal doğum sırasında bebeğin zarar görme düşüncesi ve vajinal doğum sırasında kendini güvensiz hissetmesi gibi pek çok neden etkili olmaktadır [9-12]. Tüm bu faktörlerin arka planında ise sağlığın özelleştirilmesi ve piyasalaştırılmasının rol oynadığı bir gerçektir. Piyasalaşan sağlık sisteminin getirdiği güvensizlik ve kışkırttığı talep ile sezaryen doğum tercihlerinde artış kaçınılmazdır [13].



Kuşkusuz bu talep artışında kadın ve eşinin, gebelik ve doğum eylemi ile ilgili bilgi yetersizliği de rol oynamaktadır. Çoğu araştırma kadının doğum bilgisi ve doğuma hazır olma halinin doğum şeklinin belirlenmesinde etkili olduğunu göstermiştir [14]. Gebelikte travay ve doğum eylemi hakkında sağlık eğitimi alan kadınların daha fazla sıklıkta normal doğum yapmak istedikleri bulunmuştur. Kadının güçlendirilmesi hedefli bu eğitimler ile gebelik ve doğum eylemi hakkında bilgi düzeyi artan, doğum korkuları azalan, kendilerine güvenen ve motivasyonları artan kadınlar en sağlıklı doğum şekline karar verebilir hale gelmektedir [15, 16].

Kadının gebelik ve doğuma yönelik bilgilendirilmesi ve danışmanlık hizmetleri antenatal bakım hizmetinin bileşenlerinden biridir. DSÖ, temel antenatal bakım modelinde kadınların gebeliği süresince en az 4 kez izlenmesini önermektedir [17, 18]. İzlemlerde temel olarak beslenme eğitiminin verilmesi, annenin gestasyonel diyabet ve anemi açısından değerlendirilmesi ve demir takviyesinin verilmesi, bulantı, kusma, kas krampları gibi yaygın görülen semptomların tedavisi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi yanında doğum ve doğum sonu hazırlık da yer almaktadır [4, 18].

Sezaryen doğum sıklıklarındaki artış sonucunda DSÖ, antenatal bakım programlarını güçlendirmiş ve kadınların pozitif doğum deneyimi yaşamalarını sağlamaya odaklanmıştır. Pozitif doğum deneyiminden kastedilen, kadını normal doğuma ve tıbbi gereklilik durumunda sezaryen doğuma hazır hale getirmektir. Doğum sürecini sadece tıbbi açıdan ele almak yerine gebelik süresince kadının psikolojik ve sosyal anlamda güçlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Antenatal bakım sırasında kadının kendine güveninin artırılması ve doğum kararına katılmasının sağlanması ile kişisel başarı hissini artırması beklenmektedir. Kadın merkezli bir yaklaşımın doğum deneyimi üzerine olumlu katkısı olacağı, ciddi bir sorun olan gereksiz sezaryen doğumları azaltacağı öngörülmektedir [4]. Benzer şekilde, National Institute For Health and Care Excellence (NICE) antenatal bakım rehberine göre gebenin 36. haftaya kadar gebelik ve doğum hakkında; son trimesterden doğuma kadar ise doğum eylemi yönetimi, doğumun planlaması, emzirme, bebek beslenmesi ve bebek bakımı, loğusalık konuları hakkında bilgilendirilmesini önermektedir [19].

Ülkemizde antenatal bakım hizmetleri sağlık bakanlığının 2014 yılında revize ettiği Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre yürütülmektedir. Rehber DSÖ'nün temel antenatal bakım modeli örnek alınarak oluşturulmuş olup, her gebenin doğum öncesi birinci basamak sağlık kurumunda en az 4 kez izlenmesi beklenmektedir. Doğum öncesinde gerçekleştirilen izlemler tanı ve tedavi edici hizmetleri, bağışıklamayı, gebelikte görülen fizyolojik değişiklikleri, doğum ve doğum eylemi hakkında bilgilendirmeleri ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler birinci basamak sağlık çalışanları tarafından verilmektedir [18]. DÖB yönetim rehberinde eğitimde yer alması gereken konu başlıkları belirlenmiş olmasına rağmen, eğitim içeriği, kullanılacak materyaller, sunum şekli hakkında standartlar bulunmamaktadır. Bununla birlikte ekip ve ekipmandaki kısıtlılıklara bağlı olarak aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarıyla gebeler arasındaki iletişimin zayıflaması ve gebelerin 2-3. basamakta uzman hekimler tarafından takip edilmeyi tercih eder hale gelmesiyle birinci basamakta verilmesi planlanan eğitim ve danışmanlık hizmetleri aksamaktadır [20, 21].

DSÖ doğum travayının doğru yönetilmesi ve gereksiz sezaryen ameliyatlarının azaltılması için ülkelerin sağlık sistemlerinde değişiklikler yapılmasını, antenatal bakım hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve kalitesinin artırılmasını önermektedir[4]. Bu nedenle Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği ve Sağlık Bakanlığı tıbbi gereklilikler ışığında doğru doğum tercihinin yapılabilmesi ve Türkiye'de yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesi için ortak eylem planı hazırlamış, 2010 yılında "Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi" yayınlanmış [22], performans kriterleri değiştirilmiş ve sağlık personellerine yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmiştir [23]. Aynı zamanda bu programla ilişkilendirilen 2.-3. basamak hastanelerde, toplum sağlığı merkezlerinde ve bazı belediyelerde gebe sınıfı veya gebe okulu olarak adlandırılan eğitimler düzenlenmektedir[24]. Bu bütünlüklü program içerisinde hizmet içi eğitimlerin yer almasına karşın sağlık bakanlığının yürüttüğü çalışma ebe ve hemşirelerin sağlıklı gebe bakımı ve doğum eylemi konularında bilgi ve beceri eksikliğini ortaya koymuştur. Hizmet içi eğitimlerde tıbbi bilgiyi arttırmaya odaklanılırken kadını güçlendirmeye yönelik yapabilecek danışmanlık hizmetlerine yer verilmemiştir [25]. Oysa, antenatal bakımda doğuma yönelik gebe rehabilitasyonları ve gebe platesi gibi kadını fiziksel ve ruhsal olarak güçlendiren

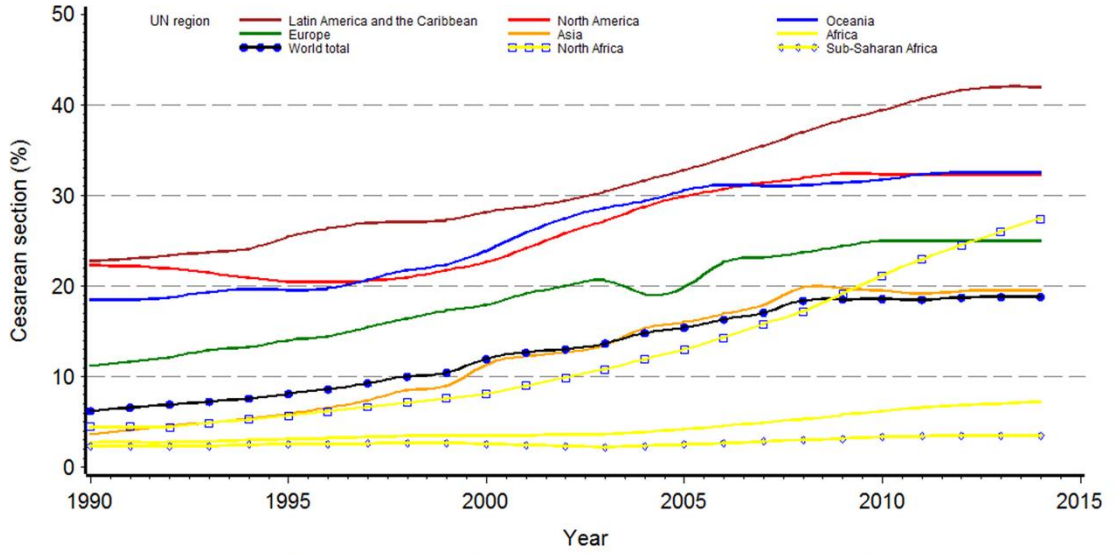
eğitimlerin doğum tercihlerinin belirlenmesinde etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır [14]. Bu eğitimlerin aynı zamanda doğum korkusunu azalttığı da gösterilmiştir [26]. Dünyada antenatal bakımda verilen doğuma yönelik eğitimlerde normal doğumu özendiren Lamaze, Bradley, Hypnobirthing- mongan, Mindfulness-based childbirth and parenting gibi doğal ve ağrısız doğum felsefesi olarak bilinen eğitim modelleri yaygın olarak kullanılmaktadır [27-29]. Ancak Türkiye’de birinci basamak antenatal bakım rehberinde doğuma yönelik eğitim içeriği ve yöntemleri ile ilgili yeterli bilgi yoktur. Sağlık alışanlarının insiyatifinde ve daha çok bilgi aktarımına dayalı eğitimler uygulanmaktadır[18].

Sağlık bakanlığının sezaryen doğumların azaltılması stratejisinde normal doğumu teşvik eden eğitim programlarının ilgili kuramlara dayalı biçimde geliştirilmesi gerekmektedir. Bu gelişim ancak, kadını güçlendiren ve bilinçlendiren, tüm sağlık personeli tarafından uygulanabilir, sürdürülebilir ve kanıta dayalı olarak yapılandırılmış bir eğitim programıyla mümkün olabilir [30]. Öte yandan bu tür eğitim programlarının etkinliğine vurgu yapan sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda bütünlüklü ve birinci basamakta uygulanabilir programlardan ziyade tek bir yöntemi içeren, uzmanlık gerektiren ve geniş olanaklara sahip ortam gerektiren programlar incelenmiştir[31]. Bu çalışmada, sağlık inanç modeli temelli, Bandura’nın sosyal öğrenme kuramı temel alınarak davranış değişikliği oluşturmaya yönelik [32], kadını bütün olarak değerlendiren, tüm sağlık personeli tarafından uygulanabilir, sürdürülebilir, yapılandırılmış bir eğitim programının doğum tercihlerine etkisini ortaya koymak hedeflenmiştir.

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SEZARYEN DOĞUM SIKLIKLARI

Son yıllarda sezaryen doğum oranındaki ciddi artış bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Küresel sezaryen doğum oranı 1990 yılında %6,7 [33], 2004-2008 yılları arasında %26,4, 2010-2011 yılları arasında %31,2 olarak açıklanmıştır[34]. 2015 yılında Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)'ye üye 33 ülkenin ortalama sezaryen doğum oranı %27,9 olarak rapor edilmiştir[5]. Japonya hariç tüm ülkelerin sezaryen doğum oranları artış göstermektedir. Japonya ise 2004-2008 yıllarında %19,8 olan sezaryen doğum oranını 2010-2011 yılında %18,6'a düşürmüştür[34]. 1990-2014 yılları değerlendirilmeye alındığında sadece Gine ve Nijerya'da sezaryen doğumların azaldığı, Zimbabwe'de oranın değişmediği ve diğer tüm ülkelerde artış eğiliminde olduğu görülmektedir. 1990 yılında sezaryen doğum oranı az gelişmiş ülkelerde %1,9, gelişmekte olan ülkelerde %6,3, gelişmiş ülkelerde %14,5 iken, 2014 yılında sırasıyla %6,1, %20,9 ve %27,2'ye yükselmiştir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sezaryen doğumların artış hızı dikkat çekicidir. 1990-2014 yılları arasında sezaryen doğumun yıllık artış hızı dünya çapında %4,4 iken, az gelişmiş ülkelerde %5,0, gelişmekte olan ülkelerde %5,1, gelişmiş ülkelerde %2,6 olarak açıklanmıştır. Sezaryen doğumların en az Afrika'da (%7,4), en fazla Güney Amerika'da (%42,2) yapıldığı bilinmektedir. Sezaryen doğum oranı Asya'da %19,5, Avrupa'da %25,0, Kuzey Amerika'da %32,3 ve Okyanusya 'da %32,6 olarak bulunmuştur[33]. 1990-2014 yılı küresel ve bölgesel sezaryen doğum artış trendi Şekil 1'de gösterilmiştir.

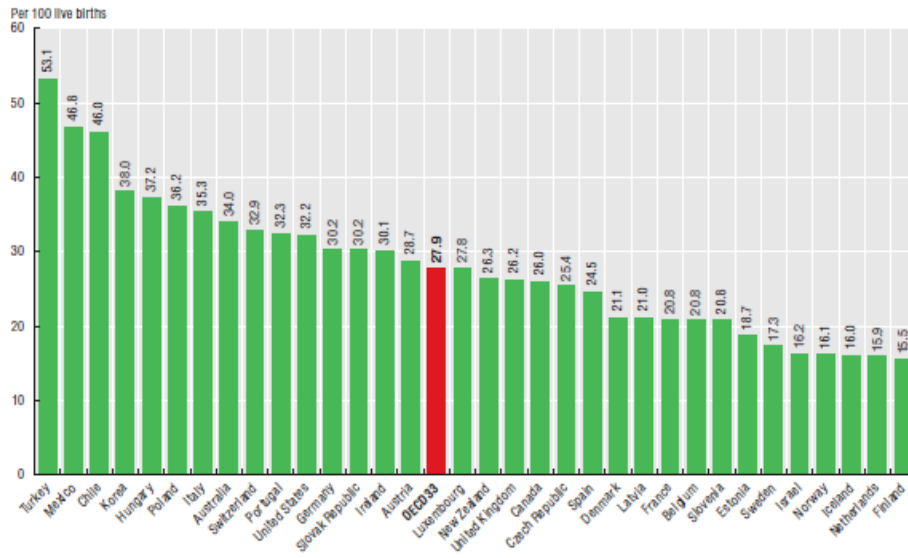


**Global and regional trends in caesarean section, 1990–2014.** Sub-Saharan Africa includes Eastern, Middle, Southern and Western Africa subregions. For the purpose of this graph, a linear interpolation between available data from 1990 and 2014 was calculated. When data for 2014 were not available, the CS rate for the latest year available was used also for all subsequent years up to 2014.

doi:10.1371/journal.pone.0148343.g002

Şekil 1: Global ve bölgesel sezaryen doğum trend, 1990-2014

Brezilya, Türkiye, Mısır, İtalya, Gürcistan, Romanya, Çin, Tunus, Meksika, Latin Amerika ve Karayipler en yüksek; Finlandiya, Norveç ve İzlanda, Gine, Nijerya, Zimbabve, Kosta Rika, Bukina Faso en düşük sezaryen doğum oranına sahip ülkeler arasında yer almaktadır [33, 35]. OECD 2017 raporuna göre sezaryen doğum oranları %15,5 ile %53,1 arasında değişiklik göstermektedir. Bu ülkeler arasında Türkiye %53,1 sezaryen doğum oranı ile ilk sırada yer almaktadır[5]. 2015 yılı ülkelere ait sezaryen doğum oranları Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Sezaryen doğum oranları, 2015

Kaynak: OECD (2017), "Caesarian

section trends in selected OECD countries, 2000 to 2015 (or nearest year)", in Health care activities, OECD Publishing, Paris, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-graph170-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-graph170-en)

Türkiye’de sezaryen ile doğum oldukça yaygındır. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı hızla artış göstermektedir. TNSA 2003, 2008, 2013 yılında sırasıyla sezaryen doğum oranı % 21,2, %36,7, %48,1 olarak bulunmuştur [36-38]. Türkiye sağlık istatistikleri yayınında 2014, 2015, 2016 yıllarının sezaryen doğum oranları %52,4, %53,9, %54,2 olarak açıklanmıştır[39]. TNSA 2003 ‘de sezaryen doğumların ilk doğumların içindeki payı %28,8 iken, TNSA 2008’de %44,6, TNSA 2013’de %52,4’e yükselmiştir. Bölgelere göre değerlendirildiğinde Ege Bölgesi’nin sezaryen doğum oranları Türkiye ortalamasının üzerinde seyretmektedir[36-38]. 2002 yılında %26,0 olan sezaryen doğum oranı 2016 yılında %61,0’e ulaşmıştır[39]. 2009 yılında Türkiye’de sezaryen doğum oranı %43 iken, Denizli ili Honaz ilçesinde %49,6 olarak bulunmuştur[40]. Benzer olarak 2016 yılında primer sezaryen doğumların oranı Türkiye’de %26,4 iken Ege Bölgesi’nde %33,1’dir[39].

## **2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SEZARYEN DOĞUMUN ARTIŞ NEDENLERİ**

Son 10 yılda sezaryen ile doğumlarda hızlı artış trendinin yaşanması sağlık çalışanlarını nedenlerini araştırmaya sevk etmiştir. Tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğum oranlarının artma nedenleri olarak yardımcı üreme tekniklerinin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış, sağlığın özelleştirilmesi ve piyasalaşması, sağlık personelinin tıbbi dava korkusu gösterilmektedir[7, 12, 41-44]. Ayrıca doğum şeklinin belirlenmesinde ileri anne yaşı, obezite, kadının eğitim seviyesi, gelir durumu, önceki gebelik deneyimleri, doğum korkusu, vajinal doğum sırasında bebeğin zarar görme endişesi, bebek için sezaryen doğumun daha güvenli olduğu yanılması, vajinal doğum için kendini yetersiz hissetmesi, vajinal doğum sonrası genital değişiklik olma endişesi, sezaryen doğumun sağlık personeli, anne ve aile için kolaylık sağlaması gibi pek çok neden etkili olmaktadır [9, 38, 40].

### **2.2.1. İleri Anne Yaşı**

Kadınlarda okullaşma oranlarının ve eğitim düzeylerinin artması, evlenme yaşının ileri yaşlara kayması, kadınların çalışma yaşamında daha fazla yer alması ve kariyer gelişimi için daha fazla fırsatlar elde etmesi, daha iyi doğum kontrol yöntemlerinin varlığı gibi nedenlerden dolayı ilk anne yaşı tüm dünyada artış göstermektedir[38, 45, 46]. 1970 yılında 21,4 yaş olan ilk doğum yaşı ortalaması 2014 yılında 26,3 yaşına yükselmiştir[47, 48]. 2005-2006 yıllarında ortalama ilk anne yaşı Kanada'da 29,6, İsveç'te 28,3, Hollanda'da 28,7 olarak bulunmuştur[46]. Türkiye'de ise 2013 yılında ilk doğum yaşı ortancası 22,9 yıl olup, batıda daha yüksek (23,3 yıl) bulunmuştur[38]. İlk doğum yaşının artışı anne ve bebek sağlığı ve refahını etkilediği gibi doğum şeklinin belirlenmesinde de belirleyici rol üstlenmektedir. 35 yaş üzeri kadınlarda sezaryen doğum oranları daha yüksektir[45, 46]. 2006-2012 yılları arasında ABD'de primer sezaryen oranı 25-34 yaşında %20 iken, 35-39 yaşında %26, 40-44 yaşında %31, 45-49 yaşında %36 olarak saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada 35 yaş üzeri kadınların sezaryen doğum riski daha genç kadınlara göre 2.22 kat fazla bulunmuştur[49].

### 2.2.2. Obezite

Her geçen gün artış gösteren erişkin obezitesi kadınların gebelik dönemlerinde de ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Gebelikte fazla kiloluluk ya da obezite anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemekte, vajinal ve sezaryen doğumda komplikasyon riskini arttırmaktadır[50, 51]. Bununla birlikte çalışmalarda artan VKI'nin sezaryen doğum oranını da arttırdığı gösterilmiştir. VKI 30 ve üzeri olan kadınların VKI daha düşük olan kadınlara göre 1,73 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. VKI 30'un altında olan kadınların sezaryen doğum oranı %20,7 iken, VKI 30-34,9 ve VKI 35-39,9 olan kadınlarda sırasıyla oranlar %33,8 ve %47,4'e yükselmektedir[51].

### 2.2.3. Gebelik Öyküsü

Düşük ya da küretaj öyküsünün varlığı, yardımcı üreme tekniği sonucu gebe kalmak ve önceki doğumunu sezaryen ile yapmak sezaryen doğum talebini arttırmaktadır[52, 53]. 2004 -2008 yılları arasında doğal yoldan gebe kalan kadınların primer sezaryen oranı %21,4 iken, endometriosis, tubal anomaliler ve ovulasyon bozuklukları nedeniyle yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların primer sezaryen oranı sırasıyla %50,6, %46,2 ve %47,3'tür. 1916'da Cragin'in "bir kez sezaryen, hep sezaryen" dediği gibi eski doğum öyküleri bir sonraki doğum şeklinin belirlenmesinde rol oynamaktadır[54]. İlk doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren kadınlar sonraki doğumlarında da sezaryen yapmaktadır. Bunun en önemli nedeni sağlık personelinin, kadının ve ailesinin sezaryen sonrası yapılan vajinal doğumda uterus rüptürü gibi ciddi bir komplikasyon yaşamaktan korkmasıdır. Bir çalışmaya göre 1988-2002 yılları arasında ilk doğumu normal doğum ile gerçekleştiren kadınların %8,3'ü, sezaryen ile yapan kadınların %66,3'ü bir sonraki doğumunu sezaryen ile yaptıkları bulunmuştur. ABD'de 1990-1996 yılları arasında sezaryen doğumlardaki azalışın nedeni olarak sezaryen sonrası vajinal doğumlardaki artış gösterilmektedir[33, 55].



#### 2.2.4. Sağlık Reformları

Doğumun yapıldığı hastane ve doğuma yardımcı olan sağlık personelinin tutumu da doğum şeklinin belirlenmesinde rol oynamaktadır. 2003-2016 yılları incelendiğinde sağlık kurumunda gerçekleşen doğum oranları artış göstermektedir. Buna ek olarak Türkiye’de 2003 yılında yapılan sağlık reformları sonucu olarak sağlık hizmetlerinde özel sektörün payı artış göstermektedir. 2003 yılında doğumların sadece %12,9 ‘u özel sağlık kurumunda gerçekleşirken 2016 yılında bu oran %59,8’e yükselmiştir. Türkiye sağlık istatistikleri yıllığı 2016 raporuna göre devlet hastanesinde yapılan doğumların %38,2’si, özel hastanede yapılan doğumların ise %70,5’i sezaryen ile gerçekleşmiştir[39]. Yıllara göre sağlık kurumunda gerçekleşen doğumlar ve sezaryen oranları Tablo 1’de gösterilmiştir. OECD 2015 raporuna göre İsviçre ve Avusturalya da dahil pek çok ülkede özel hastanelerde sezaryen doğum oranları devlet hastanelerine göre daha yüksektir[5].

Tablo 1. Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Gerçekleşen Doğumlar ve Sezaryen Oranları (%)

|   | 2003 | 2008 | 2013 | 2016 |
|---|------|------|------|------|
| <b>Sağlık Kuruluşunda Gerçekleşen Doğum Oranı (%)</b>                                       |      |      |      |      |
| <b>Kamu Hastanesi</b>   | 65,3 | 69,6 | 60,2 | 38,2 |
| <b>Özel Hastane</b>   | 12,9 | 20,1 | 37,0 | 59,8 |
| <b>Toplam</b>   | 78,2 | 89,7 | 97,2 | 98,0 |
| <b>Sezaryen Doğumların Sağlık Kuruluşunda Gerçekleşen Doğumlar İçindeki Payı (%)</b>        | 21,2 | 36,7 | 48,1 | 53,1 |
| <b>Primer Sezaryen Doğumların Sağlık Kuruluşunda Gerçekleşen Doğumlar İçindeki Payı (%)</b> |      |      | 26,4 | 26,9 |

### 2.2.5. Toplumsal Cinsiyet Ve Kültürel Faktörler

Kültürel faktörlerde doğum şeklinin belirlenmesinde rol oynamaktadır. Örneğin Çin’de bebeğin şansını değiştirdiği inancı nedeniyle doğumun istenilen tarihte gerçekleşmesi için anne istemine bağlı sezaryen doğum gerçekleşebilmektedir. Benzer şekilde gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde statü göstergesi olarak değerlendirilen sezaryen doğumlar anne istemine bağlı gerçekleşmektedir. Çalışma yaşamı ve sosyal çevresinde hak ettiği değeri göremeyen kadınlar için gebelik ve doğum kendini daha değerli hissetmede kaçınılmaz bir fırsat olarak görülmektedir. Fakat doğum odasında kadınların sözel, fiziksel taciz, gizlilik ihlalleri, ihmal gibi kötü muameleye maruz kaldıkları bilinmektedir. UNİCEF ve DSÖ doğum sırasında kadınların kötü muameleye maruz kalmalarının küresel bir sorun olduğunu belirtmektedir[56]. Bunun sonucu olarak özel hastane, özel muayene başvurularında ve sezaryen doğum taleplerinde artış dikkat çekicidir. Türkiye’de kadın okuryazarlığı, lise ve üzeri eğitilmiş kadın sayısı artış göstermektedir. Bu artış trendi ve sezaryen doğum tercihleri değerlendirildiğinde sezaryen doğumlardaki potansiyel artış bir halk sağlığı sorunu olmaya devam edecektir. Kadının statüsü ile sezaryen doğum talepleri arasındaki pozitif ilişki bir paradoks olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi ve sosyoekonomik seviyenin artması ile sezaryen doğum oranlarının artması bu duruma örnek oluşturmaktadır. TNSA 2013’e göre düşük eğitim seviyesine ve refah düzeyine sahip kadınların yaklaşık %27’si, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip ve yüksek refah düzeyine sahip kadınların yaklaşık %66’sı sezaryen doğum yapmaktadır[38]. Bu paradoksla erken yıllarda karşılaşılan gelişmiş ülkeler gereksiz sezaryen doğum talebini azaltmak için eğitim programları düzenlemiş, doğum koçluğu gibi kavramlar ile bireysel olarak gebelere danışmanlık yapan sağlık personelleri çalıştırmaya başlamışlardır. Bununla birlikte doğal doğum, ağrısız doğum felsefesi gibi yaklaşımlar benimsemişlerdir. Yapılan müdahaleler sonrasında gelişmiş ülkelerde kadınların eğitim seviyesi arttıkça normal doğum taleplerinin arttığı gösterilmiştir[28, 31].

### **2.2.6. Doğum Korkusu**

Kadınların doğum şeklini belirlemede etkili olan nedenlerden bir diğeri doğum korkusudur. Doğum korkusu prevelansı sosyokültürel özelliklere, doğum korkusunu tespit etme yöntemine, gebelik haftasına, gebenin yaşı ve daha önceki gebelik deneyimlerine göre farklılık göstermesi nedeniyle %15-78 arasında değişmektedir. Vajinal doğum sırasında bebeğin zarar görme endişesi, bebeğin veya annenin ölme endişesi, şiddetli doğum ağrıları, doğum eylemi için kadının kendini yetersiz hissetmesi gibi nedenler kadınlarda doğum korkusu oluşturmaktadır. Kadınlar ağrıya oranla bebeğinin zarar görmesinden daha fazla korkmaktadırlar. Sezaryen doğumun bebeğin sağlığı için daha güvenilir olduğu yanılması nedeniyle doğum korkusu yaşayan kadınlar daha fazla sezaryen doğum tercih etmektedir[10, 57-59]. Doğum öncesi eğitimlerin doğum korkusu ve doğumla ilgili olumsuz düşünceleri azalttığı gösterilmiştir[60]. Ayrıca primiparların multiparlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı bilinmektedir. Bu durum primiparlarda artmış sezaryen doğum talebi olarak karşımıza çıkmaktadır[59, 61].

### **2.2.7. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri**

Kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranı tüm dünyada artış göstermektedir. 1990 yılında doğum öncesi bakım hizmeti alanların dünya ortalaması %40,9 iken, 2013 yılında %58,6 olarak rapor edilmiştir. 1990-2013 yıllarında doğum öncesi bakım hizmeti alanların oranı sırasıyla gelişmekte olan ülkelerde %27,7'den, %48,1'e, gelişmiş ülkelerde %76,4'ten %84,8'e yükselmiştir. 2014 yılında en az bir kez doğum öncesi bakım alan gebe oranı dünyada %83 iken, üst gelirli ülkelerde ve Türkiye'de %99 olarak rapor edilmiştir[62]. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterliliğini değerlendirmek için gebeliğin ilk tespit zamanı ve toplam bakım sayısı bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmeti vizitleri gebeliğin ilk 12 haftası içinde ve gebelik süresince toplam en az 4 kez yapılması vurgulanmaktadır[63]. Türkiye'de en az 4 kez doğum öncesi bakım hizmeti alan gebe oranı 2008 yılında %55 iken, 2013 yılında %88,9'e yükselmiştir[37, 38]. Doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanma, hizmetin ulaşılabilirliği, toplumsal kabul edilebilirliği, annenin eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzeyi ve aile desteğine göre değişiklik göstermektedir. 2013 yılında

Türkiye’de ilkokul mezunu ve ya daha düşük eğitim seviyesine sahip gebelerin en az bir kez doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanma oranı %91,5 iken lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip gebelerin hizmetten yararlanma oranı %98,8 olarak bulunmuştur[38]. Doğum öncesi bakım hizmetinin içerisinde poliklinik hizmetlerine ek olarak doğum hakkında bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti sunmak yer almaktadır[18]. Ancak bu hizmetlerin değerlendirmesini yapan çalışmaya ulaşamamıştır.

### **2.2.8. Doğum Bilgisi**

Çoğu araştırma kadının doğum bilgisi ve doğuma hazır olma halinin doğum şeklinin belirlenmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Kadın ve eşinin gebelik ve doğum eylemi ile ilgili bilgi yetersizliği de sezaryen doğum oranlarının artışında rol oynamaktadır [14]. Özkan S. ve ark.’nın yaptıkları çalışmaya göre gebelikte doğum şekilleri hakkında bilgilendirilmemiş olmak sezaryen doğum riskini 1,4 kat arttırmaktadır[64]. Gebelikte travay ve doğum eylemi hakkında sağlık eğitimi alan kadınların daha fazla normal doğum yapmak istedikleri bulunmuştur [12].

### **2.3. DSÖ VE SAĞLIK BAKANLIĞININ SEZARYEN DOĞUMLARI AZALTMAYA YÖNELİK MÜDAHALELERİ**

DSÖ doğum travayının doğru yönetilmesi ve gereksiz sezaryen ameliyatlarının azaltılması için ülkelerin sağlık sistemlerinde değişiklikler yapılmasını, antenatal bakım hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve kalitesinin artırılmasını önermektedir. Bu amaçla kadın, çocuk, ergen sağlığı için küresel stratejiler, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı için bakım kalitesini artırma, olumlu doğum deneyimi için antenatal bakım hizmeti rehberi hazırlanmıştır[4]. Kurumlarının kendi içinde ve kurumlar arası sezaryen doğum oranlarının karşılaştırılabilmesi ve değerlendirilebilmesi için 2015 yılında DSÖ Robson Kriterleri’nin kullanımını önermiştir[65].

Ayrıca Kanada, ABD gibi gelişmiş ülkeler tekrarlayan sezaryen doğumları azaltmak için sağlık personellerine yönelik sezaryen doğum sonrası vajinal doğum rehberi yayınlamışlardır[66]. Ülkemizde gereksiz sezaryen doğumları azaltmaya yönelik müdahaleler yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir. 2010 yılında “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi” yayınlanmış, Türk Jinekoloji ve Obstetrik

Derneği ve Sağlık Bakanlığı tıbbi gereklilikler ışığında doğru doğum tercihinin yapılabilmesi ve Türkiye’de yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesi için ortak eylem planı hazırlamış, performans kriterleri değiştirilmiş ve sağlık personellerine yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmiştir[22, 24, 25]. Aynı zamanda bu programla ilişkilendirilen 2.-3. basamak hastanelerde, toplum sağlığı merkezlerinde ve bazı belediyelerde gebe sınıfı veya gebe okulu olarak adlandırılan eğitimler düzenlenmektedir[24].

### **2.3.1.Sezaryen Doğuma Özgü Müdahaleler**

UN Global Strategy For Woman’s doğum eyleminin başlatılması, sürdürülmesi ve sonlanmasının giderek medikalleştirilmesi sonucu kadının doğum yaparken kendi yeteneklerini azalttığını, doğum deneyimini olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Doğum için sadece klinik gereklilikleri değil aynı zamanda kadınların psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarının da karşılanması gerektiğini vurgulamaktadır. Kadınların karar sürecine dahil edilerek kontrol ve kişisel başarı hissini sağlanabileceğine dikkat çekmektedir[4, 67].

#### **2.3.1.1. Müdahalelerin Sınıflandırılması**

Literatürde gereksiz sezaryen doğumları azaltmaya yönelik yapılan çalışmaların müdahale programları hedef gruba ve program içeriğine göre gruplandırılabilir. Gereksiz sezaryen doğumları azaltmaya yönelik yapılan müdahale çalışmalarında daha çok gebeler ve doğumda aktif rol alan sağlık çalışanları hedef kitleyi oluşturmaktadır. Sağlık organizasyon değişikliklerini içeren müdahale çalışması sayısı çok azdır[14]. Çalışmalar hedef gruplarına göre Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Hedef Gruplara Göre Müdahale Çalışmaları

| <b>Hedef Gruplar</b>           | <b>Çalışmalar</b>   |
|--------------------------------|---|
| <b>Kadınlar</b>                |   |
| <b>Primipar</b>                | Rouhe 2012, Goa 2010, Bastani 2006, Mehdizadeh 2005                   |
| <b>Multipar</b>                | Fraser 1997, Shorten 2005, Montgomery 2007                            |
| <b>Primipar/Multipar</b>       | Jackson 2003, Saisto 2001   |
| <b>Sağlık Personelleri</b>     |   |
| <b>Doktor</b>                  | Lomas 1991, Keeler 1996, Poma 1998, Liang 2004, Althabe 2004, Lo 2008 |
| <b>Ebe/ Hemşire</b>            | Hemminki 2008   |
| <b>Tüm Doğumhane Personeli</b> | Bickell 1996, Studnicki 1997, Elferink 2002                           |

Sağlık organizasyonu kapsamında yapılan müdahaleler genellikle kurum içi kalite iyileştirme stratejileri ve sezaryen doğum sonrası vajinal doğumun yapılabilmesi için hasta yönetim rehberlerinin kullanımı olarak sınırlandırılmıştır[68].

Sağlık personellerine normal doğumu özendirici tutum kazandırma, sezaryen doğum sonrası vajinal doğum yaptırmaya yönelik eğitim ve uygulama rehberini kullanma, kurum içi ve kurum dışı değerlendirme ve geri bildirimler sunma gibi müdahale programları uygulanmıştır[25, 69].

Kadınlara yönelik yapılan müdahalelerde ise kadınların doğum hakkında bilgi düzeyini arttırmak, doğum korkusunu ve anksiyetisini azaltmak hedeflenmiştir[26, 60]. Bu amaçla kadınlar gebelikte fizyolojik ve psikolojik değişimler, gebelikte beslenme, alkol ve sigara gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımı, doğum eylemi ve bu süreçte kadının rolü, sezaryen doğum ve tıbbi endikasyonları hakkında bilgilendirilmiştir. Kadın merkezli yapılan müdahalelerin bir kısmı yalnızca gebelik ve doğum sürecini ele alırken bir kısmı eş desteği ile birlikte kadının sosyal ve ruhsal olarak desteklenmesini de amaçlamıştır. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadının ruhsal olarak desteklenmesi için bireysel ve grup terapileri uygulanmıştır[26, 70, 71]. Buna ek olarak sınırlı sayıda çalışmada gebe eğitimlerine fiziksel egzersiz programları da eklenmiştir. Nefes egzersizleri, kas gevşeme ve güçlendirme

egzersizleri ile kadınlar fiziksel olarak güçlendirilmekte ve normal doğuma hazırlanmaktadır[14, 72, 73]. Uygulanan müdahalelere göre çalışmalar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Program İçeriğine Göre Müdahale Çalışmaları

| <b>Hedef Grup</b>          | <b>Müdahale</b>  | <b>Çalışmalar</b>                                   |
|----------------------------|--|---|
| <b>Kadınlar</b>            | Gebelik ve doğum hakkında bilgilendirme                                  | Rouhe 2012, Jackson 2003, Fraser 1997, Saisto 2001  |
|                            | Kas güçlendirme ve gevşeme egzersizleri                                  | Bastoni 2006  |
|                            | Gebelik ve doğum hakkında bilgilendirme ve fiziksel egzersiz programları | Mehdizadeh 2005                                     |
|                            | İnternet ulaşımlı hasta desteği  | Shorten 2005, Montgomery 2007                       |
| <b>Sağlık Personelleri</b> | Normal doğumu teşvik edici bilgilendirme                                 | Lomas 1991, Hemminki 2008                           |
|                            | Doğum eylemi yönetim rehberlerinin uygulanması                           | Studnicki 1997, Poma 1998, Liang 2004, Althabe 2004 |
|                            | Kurum içi kurum dışı değerlendirmeler                                    | Bickell 1996, Elferink 2002                         |
|                            | Finansal değişiklik  | Keeler 1996, Lo 2008                                |

Kadının güçlendirilmesi hedefli bu eğitimler ile gebelik ve doğum eylemi hakkında bilgi düzeyi artan, doğum korkuları azalan, kendilerine güvenen ve motivasyonları artan kadınlar en sağlıklı doğum şekline karar verebilir hale gelmektedir. Bu amaçla yıllardır Dick Read, Bradley, Lamaze, Hypnobirthing-Mongan ve England metodu gibi doğal ve ağrısız doğum felsefesini benimseyen doğum öncesi eğitim modelleri kullanılmaktadır. Tüm modellerde kadının sağlıklı ve mutlu bir gebelik geçirmesi, kendi doğum tercihini yapabilmesi, güvenli doğum yapması hedeflenmiştir[27-29, 31].

## **2.4. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİM MODELLERİ**

### **2.4.1. Dick- Read Modeli**

İlk kez Dr. Grantly Dick Read tarafından 1930'lu yıllarda tanımlanmıştır. 1933 yılında yayınladığı “Doğal Doğum “ kitabında doğumun fizyolojik bir olay olduğunu, bu nedenle ağrı verici olmaması gerektiğini savunmuş ve ağrısız doğum teorisini ileri sürmüştür. Ağrıya yol açan nedenin bilinmeyen şeye karşı duyulan korku ve gerilim olduğunu belirtmiştir. Eğitimlerde zihin ve beden ilişkisinin kurulması sonucu kasların gevşemesi ile ağrı oluşumunun engelleneceğine inanmıştır. Dick Read'in ağrısız ve korkusuz doğum teorisi Lamaze, Bradley ve HypnoBirthing metodlarının temelini oluşturmuştur[74].

### **2.4.2. Bradley Metodu**

Doğum koçluğu (Husband-Coached Childbirth) kavramı ilk kez 1940'lı yıllarda Dr. Robert A. Bradley tarafından tanımlanmıştır. Doğru solunum ve gevşeme tekniklerinin kullanılması ile doğum eyleminin daha hızlı ilerleyeceğine inanmıştır. Bu süreçte eşlere eşit sorumluluk yüklemekte ve eşlerin eğitimlere birlikte katılması gerektiğini savunmaktadır. Bradley doğumun eşler arasında paylaşılması gereken bir deneyim olduğunu belirtmektedir. Eğitimlerde doğum hakkında bilgi verilir, doğumu destekleme ve gevşeme teknikleri öğretilir. Ağrıyı azaltmak için ilaç kullanılmasının gereksiz olduğunu savunurken, ağrıyı tolere etme öğretilir[31].

### **2.4.3. Lamaze Metodu**

1951 yılında Dr. Fernand Lamaze tarafından tanımlanan, günümüzde en yaygın kullanılan doğuma hazırlık eğitim modellerinden biridir. Psikoprofilaktik metod, şartlı refleks metodu olarak da bilinmektedir. Doğum ağrısını şartlı öğrenme kuramını esas alarak şartlanmış bir tepki olarak açıklamaktadır. Buna göre doğum öncesinde kadın beyni ağrı çekmemeye de şartlandırılabilir. Gebelik boyunca doğru eğitilen bir kadın kontraksiyonlar sırasında kendini sıkmak ve bağırarak yerine doğuma yardımcı olabilir. Doğum eylemi boyunca doğru nefes alma ve gevşeme ile daha kolay ve ağrısız doğum gerçekleştirebilir. Lamaze metodu, kadınların doğum hakkında bilgi düzeyini ve normal doğum yapma konusunda kendilerine güvenlerini



arttırmayı amaçlamaktadır. Kendileri ve bebekleri için en sağlıklı doğum şeklinin belirlenmesinde sorumluluk alan, doğumu yapabilme yeteneği olduğuna inanan kadınlar normal doğum yapma eğilimindedir. Lameze metodunda doğumun kendiliğinden başlaması, gebenin son ana kadar hareket halinde olması, kadının kendini en rahat hissettiği pozisyonda doğum yapmasına izin verilmesi ve doğum sonrası bebek ve annenin ten temasının hemen sağlanması çok önemlidir. Tüm bu yaklaşımlar nedeniyle Lameze metodu kadını doğuma ve anneliğe hazırlayan bir felsefe olarak kabul edilmektedir[28, 75].

#### **2.4.4. Hipnobirthing Mongan Metodu**

HipnoBirthing metodu 1990 yılında Marie Mongan'ın kızı Maure'nin doğumunu hipnoz tekniği kullanarak yaptırması sonrasında ortaya çıkmıştır. Doğum sırasında kızını hipnotize ederek derin gevşemesini sağlamış ve ağrısız normal doğum yapmasını sağlamıştır. Bu olaydan sonra Mongan her kadının kendisi ve bebeğinin en sağlıklı olan normal doğumu yapacak gücü olduğunu öne sürmüştür. Doğumun içgüdüsel olduğunu, kadının bedenine ve doğumla ilgili dürtülerine güvenmesi gerektiğini savunmuştur. Derin gevşemenin ve zihninde doğumu olumlu canlandırmanın kolay ve ağrısız doğum yapmakta önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle eğitimlerde doğum hakkında bilgilendirme, bedeni doğuma hazırlama, doğumu zihninde olumlu hayal etme ve deneyimleme öğretilir[29, 76].

#### **2.4.5. England Modeli (Birthing From Within)**

Pam England kendi doğumunda ihtiyaç duyduğu konular üzerinden England modelini geliştirmiştir. Hemşire/ ebe olan Pam, eğitimlerde doğum ve postpartum dönemi bütüncül ele almak gerektiğini savunmaktadır. Kadınların doğum hakkındaki bilgi ve korkularını, doğum deneyimlerini ve doğumdan beklentilerini resim çizerek, rol yaparak anlatmalarını beklemektedir. Bu sayede kendi duygularını yaratıcı ve özgür bir biçimde ifade eden kadınların, istedikleri gibi olumlu bir doğum deneyimi yaşayacaklarını savunmaktadır[77].

Tüm bu eğitim modelleri kadınların doğuma hazırlanmasına rağmen sağlık okur-yazarlığı düşük toplumlarda doğum tercihlerini değiştirmekte yetersiz kalabilmektedir. Doğum tercihini değiştirmek bir davranış değişikliği olarak ele alınırsa doğum ile ilgili eğitimlerde davranış değişikliği kuramlarının ve öğrenme

kuramlarının kullanılması eğitim modellerinin etkisini güçlendirecektir. Gereksiz sezaryen doğumu azaltmaya yönelik yapılan gebe eğitimlerinde bu kuramların kullanımı sınırlıdır[31].

## **2.5. SAĞLIK EĞİTİMİ**

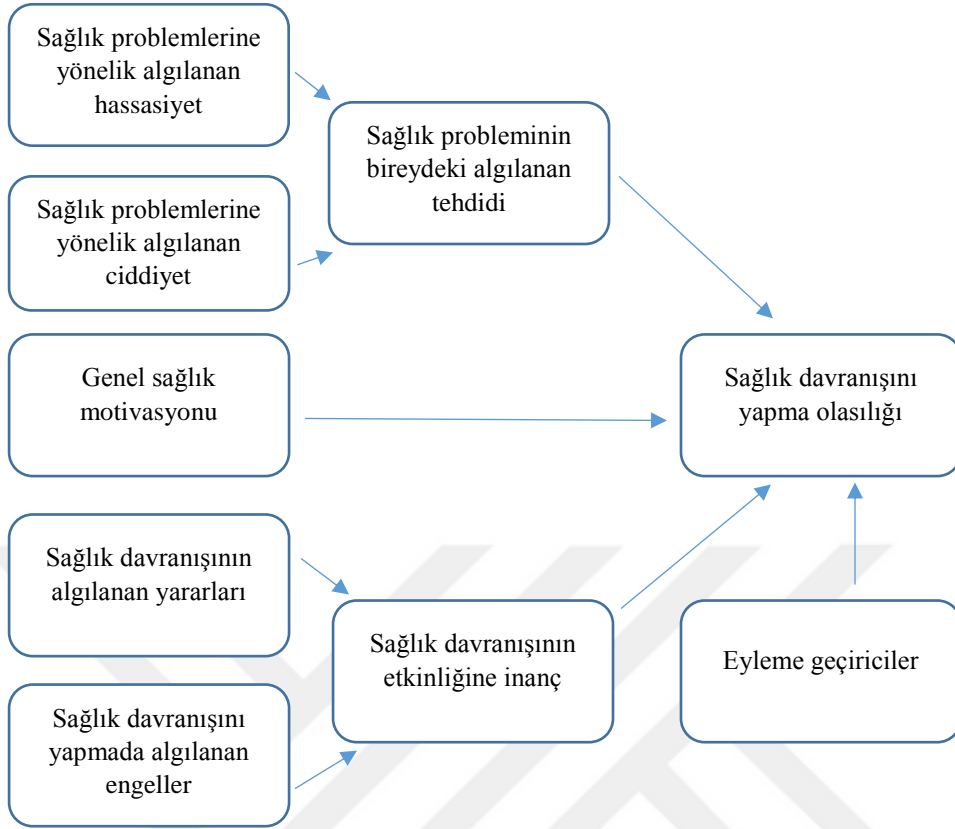
Kişilerin kendi sorunlarını tanımlama ve çözüm için sağlık hizmetlerini kullanmasında yetkin hale gelmesi için sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitimlerinin önemi bilinmektedir. Sağlıklı davranışları kazandırmak için öncelikle bu davranışların sağlık üzerine etkileri hakkında toplum iyi bilgilendirilmelidir. Sağlık sistemi içerisinde bu bilgilendirmeler formal ya da informal eğitim ve öğretim yöntemleri uygulanarak yapılmaktadır. Formal eğitimler kapsamında öncelikli sağlık sorunlarında uygun davranışların kazanılmasını sağlamak için sağlık davranış modellerine dayalı eğitimler düzenlenmektedir. Örneğin; sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, bağımlılık yapıcı madde kullanımından kaçınma, sağlıklı cinsel yaşam, meme kanseri taramaları, serviks kanseri taraması gibi olumlu davranışların topluma kazandırılmasında sağlık davranış modellerinden yararlanılmıştır[78, 79]. Transteoretik model, planlanmış davranış teorisi ve sağlık inanç modeli sağlık alanında kullanılan kuramlardan birkaçıdır[79, 80]. Son yıllarda transteoretik modelin kullanımının yaygınlaşmasına rağmen, modelin yapısında yer alan ölçekler nedeniyle çalışmamızda tercih edilmemiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde ve sağlıklı davranış kazandırmak için en eski ve yaygın olarak kullanılan model olması nedeniyle eğitim programımız sağlık inanç modelinden yararlanılarak oluşturulmuştur[81-85].

### 2.5.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli ilk kez koruyucu sağlık hizmet sunumunun planlanmasında tarama testleri ve aşılarından kimlerin yarar sağlayacağını tespit etmek için kullanılmıştır. Günümüzde ise sağlıklı davranış kazandırmaya yönelik kullanılmaktadır[85, 86]. Davranışın oluşmasında başlıca 4 faktörün belirleyici olduğunu savunmaktadır. Bu faktörler;

1. Hastalığa yakalanma ihtimali (Algılanan duyarlılık)
2. Hastalığın sosyal, fiziksel ve ruhsal olarak sonuçlarının ciddiyeti (Algılanan ciddiyet)
3. Davranışın hastalığı önleme inancı (Algılanan yarar)
4. Davranışın zorluğu, sosyal ve ruhsal olarak olumsuz olarak etkileri (Algılanan engel)

Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yararın yüksek; algılanan engelin düşük olduğu durumlarda sağlıklı davranışın gerçekleşme olasılığı artmaktadır. Davranışın gerçekleşmesi için en büyük engel algılanan engel ile algılanan yarar arasında ki farktır[87-89]. Sağlık inanç modeline ait bileşenler Şekil 3'te özetlenmiştir[90].



Şekil 3. Sağlık inanç modeli temel bileşenleri (Rohleder 2012)

Sağlık inanç modelinin temel alındığı son dönem çalışmalarda davranışın gerçekleşmesinde dört temel faktörün dışında öz yeterlilik bileşeninin de etkili olduğu belirtilmektedir. Öz yeterlilik kişinin sağlıklı davranışı yapabileceğine olan inancı, kendine olan güvenini ifade etmektedir[88, 89]. Çalışmamızda sağlık inanç modeli içerisinde yer alan öz yeterliliğin sağlanmasında sosyal bilişsel öğrenme kuramından yararlanılmıştır[89, 91, 92].

### 2.5.2. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramı, davranışçı kuramların insanların karmaşık davranışlarını açıklamakta yetersiz kaldığı düşüncesiyle geliştirilmiştir. İnsan davranışlarının bireylerin edimsel ve klasik koşullanmaları dışında, sosyal öğrenme yoluyla gerçekleştiğini savunmaktadır. İlk kez John Dewey ve Lev Semonovich Vygotsky insanların etkileşim yoluyla öğrenmesinin mümkün olduğuna dikkat çekse de, sosyal öğrenme kavramını ilk kez 1947 yılında Julian Rotter kullanmıştır. Rotter'e göre davranışlar kişinin davranış hakkındaki inancı ve dış uyarıcıların etkisi

sonrasında gelişmektedir. Bu kavramdan yola çıkarak 1960'larda Bandura, pekiştireçlerin doğrudan davranış değişikliğine yol açmadığını, kişinin davranış algısını değiştirerek dolaylı olarak davranışı etkilediğini ortaya atmıştır[91, 93].

Albert Bandura öğrenmede sosyal davranışçılık yaklaşımını benimsemiştir. Sosyal öğrenme kuramına göre bireyler çevresindeki insanları ve davranışları gözlemler, bu gözlemleri bellekte işleyerek bazı deneyimler edinirler. Edindikleri deneyimleri bellekte saklar ve gerektiğinde hatırlama yoluyla bu bilgiyi kullanarak davranış ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle sosyal öğrenme kuramı davranışların bilişsel, davranışsal ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile şekillendiğini belirtmektedir. Gözlem yoluyla dolaylı olarak korku, kaygı gibi olumsuz duyguların öğrenilebildiği gibi, aynı yolla olumsuz duyguların giderilebileceğini savunmaktadır. Bu durum yalnızca bir taklit değil, deneyimlenen duygunun bilişsel olarak işlenmesiyle elde bilgidir[94, 95].

Sosyal öğrenme kuramı 6 temel ilkeden oluşmaktadır[93]. Temel ilkeler;

1. Karşılıklı belirleyicilik ( birey-çevre-davranış)
2. Sembolleştirme kapasitesi (zihinsel semboller)
3. Öngörü aktivitesi kapasitesi (sonuçların bilişsel olarak sezilmesi)
4. Dolaylı öğrenme kapasitesi (modelleme-taklit)
5. Öz düzenleme kapasitesi (kendini yönlendirme)
6. Öz yargılama – öz yeterlilik kapasitesi ( kendine güven)

## 2.6. SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ

### DOĞUMA HAZIRLIK MODELİ

Doğuma hazırlık eğitim modeli geliştirilmesinde formal eğitim yöntemi benimsenmiş ve sağlık inanç modeli ile sosyal bilişsel öğrenme kuramının karşılıklı belirleyicilik ve sembolleştirme kapasitesi bileşenlerinden yararlanılmıştır[82, 84, 89, 93, 94, 96-98]. Bu model Şekil 4'te yer alan bileşenlerle kavramsallaştırılmıştır.

#### A. Değiştirilemeyen Özellikler:

Yaş, Öğrenim durumu, Sosyoekonomik düzey, Çalışma durumu, Medeni durum, Aile tipi, Kişilerarası etkiler (Sosyal normlar, geçmiş doğum deneyimi duyumları)

#### B. Algı:

Duyarlılık algısı: İstenmeyen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi ile sağlık sorunları ile karşılaşma olasılığı hakkında bireyin inancıdır. Kişinin kendini ne kadar risk altında hissettiği ile ilişkilidir[88].

Ciddiyet algısı: İstenmeyen sağlık davranışlarının yol açacağı olumsuz sonuçların ciddiyeti ile ilgili bireyin inancıdır. Kişinin sağlık bilgisiyle ilişkilidir[88].

Algılanan tehdit: Duyarlılık ve ciddiyet algısıyla birlikte oluşan olası sağlık sorunu tehdit algısıdır[90].

Yarar algısı: Önerilen koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesiyle beklenen fiziksel ve psiko-sosyal yarardır[79].

Engel algısı: Önerilen koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesiyle ortaya çıkması beklenen zorluklar, sorunlardır[79].

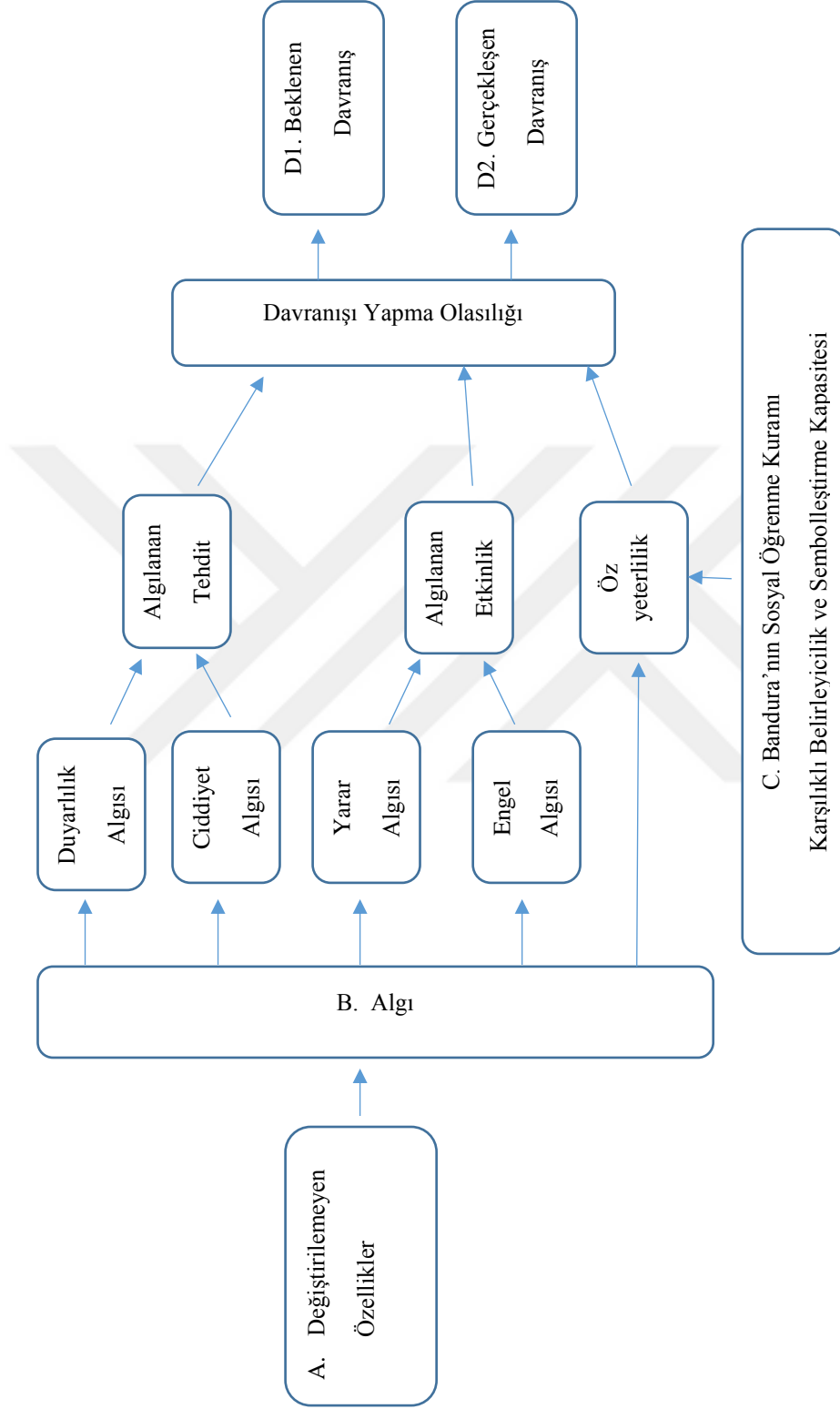
Algılanan etkinlik: Önerilen koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesiyle beklenen yarar ve engel algısı arasındaki farktır[90].

Öz yeterlilik: Davranışı gerçekleştirme konusunda kişinin kendine duyduğu inançtır. Kişinin davranışı gerçekleştirmek için duyduğu motivasyon ve kişisel başarı hissi ile ilişkilidir[85, 97].

#### C. Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı

Karşılıklı belirleyicilik: Biliş, çevre ve davranış arasındaki karşılıklı etkileşimin sonucu oluşan davranış tetikleyicisidir[91, 96].

Sembolleştirme Kapasitesi: Beklenen davranışın fiziksel ve zihinsel deneyimlenmesidir[94].



Şekil 4. Sağlık inanç modeline göre yapılandırılmış doğuma hazırlık modeli

## GEREÇ YÖNTEM

### 3.1. İZİNLER

Araştırma, Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kuruluna başvurulmuş ve 29/03/2017 tarih, 05 sayılı etik kurul toplantısında 60116787-020/21083 protokol numarası ile onaylanmıştır (ek -1) araştırmaya kayılan her bireyden çalışmanın amacı, yöntemi hedefleri açıklandıktan sonra sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 07/04/2017 tarih ve 23030800-771 sayılı kararı ile gerekli izin alınmıştır (ek-2)

### 3.2 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamız müdahale çalışmasıdır.

### 3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Şubat 2018 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Pamukkale Hacı Cafer Özer Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bölgesine bağlı 31 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) gerçekleştirilmiştir.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ, ÖRNEKLEM SEÇİMİ

#### 3.4.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Pamukkale Hacı Cafer Özer TSM bölgesine bağlı ASM'ne kayıtlı primipar gebeler oluşturmaktadır.

#### 3.4.2. Örneklem Büyüklüğü

Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health (Openepi) 3.01 versiyonu, kohort ve randomize klinik çalışmalarda örneklem büyüklüğü formülünde  $\alpha=0,05$ , müdahale grubu kontrol grubu oranı 1:1,  $1-\beta= 80$ , risk ratio= 0,50 kabul edilerek en küçük örneklem büyüklüğü kontrol grubu =73 kişi, müdahale grubu = 73 kişi hesaplanmıştır. Çalışma süresince oluşabilecek aksaklıklar, katılımcıların sağlık sorunları nedeniyle çalışma dışı bırakılması veya doğum sonrası ulaşılama gibi



nedenlerden dolayı %10 yedek eklenerek kontrol ve müdahale grubundan 80'er kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

### **3.4.3. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Belirlenmesi, Örneklem Seçimi**

Pamukkale TSM'ne bağlı 31 ASM bulunmaktadır. Çalışmaya alınma kriterlerini sağlayan en az 5 gebenin bulunmadığı ASM'ler listeden çıkarılmıştır. 15 ASM kura ile kontrol ve müdahale grubuna dağıtılmıştır.

Fatih ASM, Pelitlibağ ASM, Medine Vural ASM, Akkale ASM, Aktepe ASM, Deliktaş ASM, Kayhan ASM, Çamlık ASM müdahale; Kuşpınar ASM Pınarkent ASM, İstiklal ASM, Kınıklı ASM, Bağbaşı ASM, Dokuzkavakalar ASM, Karşıyaka ASM kontrol bölgesi olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gebeler ASM'de gebelik haftalarına göre küçükten büyüğe doğru sıralanmış ve katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

## **3.5. ARAŞTIRMAYA ALINMA VE ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA VE ÇIKARILMA KRİTERLERİ**

Araştırmaya alınma ve araştırmadan dışlanma ve çıkarılma kriterleri müdahale ve kontrol grupları için ortak belirlenmiştir.

### **3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- 20 yaşından büyük, en az 28. gebelik haftasına girmiş primipar gebeler
- Tek fetüsü olan, riskli gebeliği olmayan (Preeklampsi, oligo/polihidroamniyos v.b.) gebeler
- Normal doğum yapması için herhangi bir engeli bulunmayan gebeler (uterin anomali, myom veya plasenta anomalileri)
- Gebelikte ilaç kullanmasını gerektiren ruhsal ve nörolojik hastalığı olmayan gebeler

### **3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- Çalışmaya katılmak istemeyen gebeler
- 20 yaşından küçük gebeler
- Riskli gebeliği olan, tıbbi açıdan sezaryen doğumun gerektiği bilinen gebeler
- Gebelikte ilaç kullanmasını gerektiren ruhsal ve nörolojik hastalığı olan gebeler

### **3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

- Veri toplama sırasında soruları yanıtlamak istemeyen gebeler
- Müdahale sürecini yarım bırakan gebeler
- Doğum sonrası verilerin toplanması amacıyla farklı günlerde en az 3 kez aranıp ulaşılamayan gebeler

## **3.6. MÜDAHALE ÇALIŞMASI SÜRECİ**

Araştırmacı tarafından müdahale yapılması planlanan ASM'lerde, aile hekimi ve/veya ebe ile görüşme yapılmış, çalışmanın amacı, hedefleri anlatılmış, alınan izinler gösterilmiş ve çalışmaya alınacak katılımcılar ve eğitim günleri belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gebeler gebelik haftalarına göre küçükten büyüğe doğru sıralanmış ve gebelik haftası yüksek olandan başlayarak telefonla aranmıştır. Telefonda eğitimin içeriği, tarihi, saati, yeri, kimin vereceği belirtilmiş, katılım durumu sorgulanmıştır. Eğitim tarihi ve saatinde eğitime gelmek isteyen gebelerin isimleri kaydedilmiş ve eğitimden bir gün önce tekrar telefonla aranarak eğitim tarihi, saati ve yeri hatırlatılmıştır.

Eğitim günleri ebe / hemşirelerin gebe kontrolü yaptığı günlere göre planlanmıştır.

### **3.6.1. Müdahale Programının Tanıtılması**

#### **3.6.1.1. Eğitim Konuları:**

- Doğum Nedir?
- Doğumun başladığını gösteren belirtiler nelerdir?
- Doğumun başladığı anlaşıldığında ne yapılması gerekir?
- Doğum eyleminde rol oynayan faktörler nelerdir?

- Yalancı ve gerçek kasılmalar nasıl ayırt edilir?
- Normal doğum nasıl gerçekleşir?
- Sezaryen ameliyatı gerektiren tıbbi durumlar nelerdir?
- Sezaryen ameliyatı nasıl uygulanır?
- Normal doğumun anne ve bebek sağlığı için etkileri nelerdir?
- Anne isteğine bağlı gerçekleşen sezaryen ameliyatında göz ardı ettiğimiz konular nelerdir?
- Doğum korkusu nedir?
- Epizyotomi gerekli midir?
- Ağrısız doğum nedir?
- Doğum sırasında nefes alma ve ıkınma teknikleri nelerdir? Neden önemlidir?
- Gebeliğin son trimesterında kimler hangi egzersizleri yapılabilir? Bu egzersizlerin amacı ve önemi nedir?

#### ***3.6.1.2. Eğitim Yöntemleri:***

- Anlatma/ Tartışma
- Soru – cevap
- Gösterip uygulatma
- Canlandırma (role-playing)

#### ***3.6.1.3. Eğitimde Kullanılan Araç-Gereç:***

- Dizüstü bilgisayar
- Bebek maketi

### **3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Veriler iki aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada veriler çalışmaya katılmayı kabul ettikleri anda, doğum öncesi anket formu kullanılarak araştırmacı tarafından ASM’de yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Anket sorularının tamamlanmasından sonra tüm gebelere T.C. Sağlık Bakanlığının “en güzel mucize NORMAL DOĞUM” broşürü ve “BEBEĞİM YOLDA Ben Hazırım” kitapçığı verilmiştir.

İkinci aşamada veriler doğum sonrası anket formu kullanılarak anketörler tarafından doğumdan 7-10 gün sonra toplanmıştır. Doğum sonrası verilerin toplanmasında katılımcılar telefonla aranmış, telefonu açmayan gebeler farklı günlerde tekrar aranarak ulaşılmaya çalışılmıştır. Telefonla konuşmak için uygun olmadığını belirten katılımcılar için istedikleri saate göre tekrar arama zamanı planlanmıştır. Doğum sonrası her görüşme 10-15 dk sürmüştür.

### **3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu aracılığıyla toplanmıştır.

#### **3.8.1. Anket Formu**

Doğum öncesi anket formu; Sosyodemografik özelliklerin, gebelik öyküsünün ve mevcut gebeliğinin sorgulandığı 17 soru, antenatal bakım hizmetinin bileşenlerinden gebelik ve doğum konularında bilgilendirilme durumu ve bilgi kaynaklarının sorgulandığı 8 soru ve 33 sorudan oluşan Wijma doğum beklentisi/doğum deneyimi ölçeği A versiyonunu içermektedir.

Doğum sonrası anket formu; doğum eyleminin sorgulandığı 7 sorudan oluşmaktadır.

## 3.9. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

### 3.9.1. Bağımlı Değişken

**Gerçekleşen doğum şekli:** Katılımcılara doğum sonrasında “ Doğumunuzu nasıl yaptınız? “sorusu yöneltilerek öz bildirimine dayalı veri toplanmıştır.

### 3.9.2 Bağımsız Değişkenler

**Yaş:** Katılımcılara açık uçlu olarak sorulmuş daha sonra istatistiksel değerlendirme yapılırken “20-35 yaş ve 35 yaş üzeri “ şeklinde 2 kategoride değerlendirilmiştir.

**Eşinin yaşı:** Katılımcılara açık uçlu olarak sorulmuş daha sonra istatistiksel değerlendirme yapılırken “20-35 yaş ve 35 yaş üzeri “ şeklinde 2 kategoride değerlendirilmiştir.

**Öğrenim durumu:** “Okuryazar değil”, “Okuryazar veya ilköğretim mezunu”, “Ortaokul mezunu”, “Lise mezunu” ve “Lisans / yüksek lisans mezunu” kategorik seçenekleri ile değerlendirilmiştir.

**Kronik hastalık bulunup/bulunmama durumu:** Gebelik öncesinde tanı konmuş nörolojik ve/veya ruhsal hastalıklar dışında hipertansiyon, diyabet, anemi gibi kronik bir hastalığı olup olmadığı “Evet”, “Hayır” seçenekleriyle sorgulanmıştır.

**Küretaj olma/olmama durumu:** “Evet”, “Hayır” kategorik seçenekleriyle değerlendirilmiştir. “Evet” cevabını veren katılımcılardan geçirilen küretaj sayısı açık uçlu sorgulanmıştır.

**Düşük yapıp/yapmama durumu:** “Evet”, “Hayır” kategorik seçenekleriyle değerlendirilmiştir. “Evet” cevabını veren katılımcıların yaptıkları düşük sayısı açık uçlu sorgulanmıştır.

**Gebeliğin planlanma durumu:** “Evet”, “Hayır” kategorik seçenekleriyle değerlendirilmiştir.

**Gebeliğin gerçekleşme şekli:** “Doğal olarak/kendiliğinden”, “Tüp bebek yöntemiyle”, Mikroenjeksiyon yöntemi ile” kategorik seçeneklere ek olarak “Diğer “ seçeneği açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

**Gebelik haftası:** Katılımcının öz bildirimine göre açık uçlu olarak değerlendirilmiştir.

**Katılımcıların antenatal bakım hizmeti alma durumu:** Gebe izlemlerinin yapıldığı kurum “ ASM”, “Devlet Hastanesi” “ Üniversite Hastanesi” ve “Özel Hastane / Muayenehane” seçenekleri kategorik olarak, başvuru sayıları öz bildirimine dayalı açık uçlu olarak değerlendirilmiştir.

**İstenilen gebelik şekli:** Katılımcıların araştırmaya katıldıkları gebelik haftası döneminde hangi doğum şeklini istedikleri “Normal Doğum” ve “ Sezaryen ile Doğum” seçenekleri ile kategorik olarak sorgulanmıştır.

**Doktorun istenilen doğum şekli kararına katkısı:** Katılımcıların hangi doğum şekli ile doğum yapmak istedikleri kararına doktorun katkısı vizüel analog skala (VAS) kullanılarak sorgulanmıştır. 10 cm ‘lik ölçek üzerinde en az katkı 1 puan, en fazla katkı 10 puan olacak şekilde işaretlenerek değerlendirilmiştir. Çoklu analizlerde “5 puan üzeri katkısı yüksek”, “5 ve altı puanlar ise katkısı düşük” olacak şekilde kategorize edilerek kullanılmıştır.

**Ailesinin istenilen doğum şekli kararına katkısı:** Katılımcıların hangi doğum şekli ile doğum yapmak istedikleri kararına ailesinin katkısı vizüel analog skala (VAS) kullanılarak sorgulanmıştır. 10 cm ‘lik ölçek üzerinde en az katkı 1 puan, en fazla katkı 10 puan olacak şekilde işaretlenerek değerlendirilmiştir. Çoklu analizlerde “5 puan üzeri katkısı yüksek”, “5 ve altı puanlar ise katkısı düşük” olacak şekilde kategorize edilerek kullanılmıştır.

**Eşinin istenilen doğum şekli kararına katkısı:** Katılımcıların hangi doğum şekli ile doğum yapmak istedikleri kararına eşinin katkısı vizüel analog skala (VAS) kullanılarak sorgulanmıştır. 10 cm ‘lik ölçek üzerinde en az katkı 1 puan, en fazla katkı 10 puan olacak şekilde işaretlenerek değerlendirilmiştir. Çoklu analizlerde “5 puan üzeri katkısı yüksek”, “5 ve altı puanlar ise katkısı düşük” olacak şekilde kategorize edilerek kullanılmıştır.

**Kendisinin istenilen doğum şekli kararına katkısı:** Katılımcıların hangi doğum şekli ile doğum yapmak istedikleri kararına kendi katkısı vizüel analog skala (VAS) kullanılarak sorgulanmıştır. 10 cm ‘lik ölçek üzerinde en az katkı 1 puan, en

fazla katkı 10 puan olacak şekilde işaretlenerek değerlendirilmiştir. Çoklu analizlerde “5 puan üzeri katkısı yüksek”, “5 ve altı puanlar ise katkısı düşük” olacak şekilde kategorize edilerek kullanılmıştır.

**İstenilen doğum şekli kararının belirlenmesinde etkili olan neden/nedenler:** Açık uçlu sorulmuş ve “Bebeğin sağlığı ile ilgili nedenler”, “Annenin sağlığı ile ilgili nedenler”, “Anne ve bebeğin sağlığı ile ilgili nedenler” ve “Yanlış bilinenler” şeklinde kategorize edilerek değerlendirilmiştir.

**Gebelik ve doğum konularında bilgi alma/almama durumu:** Gebe izlemleri sırasında “Gebelik ve doğum sonrası bedensel değişiklikler”, “Gebelikte görülen ruhsal değişiklikler”, “Gebelik ve doğum sonrası cinsel hayat”, “Normal doğum”, “Sezaryen doğum”, “Doğum sonrası vücudun toplanma süreci”, “Doğum sonrası dönemde doğum kontrolü”, “Bebek bakımı ve emzirme” hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların bilgiyi aldıkları kaynak “Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı”, “Aile hekimi”, “Ebe / hemşire”, “Basın” ve “İnternet” seçenekleri ile kategorik olarak sorgulanmıştır.

Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği sorular daha sonra “Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı”, “Birinci basamak sağlık çalışanı” ve “ Basın / İnternet” şeklinde kategorize edilerek değerlendirilmiştir.

**Doğum korkusu:** WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu kullanılarak ölçülmüştür. 1998 yılında Wijma ve Zar tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde 2008 yılında Körükçü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[99]. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır. 28-40. haftalar arasındaki gebelere uygulanması önerilen ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0’dan 5’e kadar numaralandırılmıştır. Altılı likert tipte olan ölçek 0 “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten minimum 0 puan, maksimum 165 puan alınabilmektedir. 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı sorular negatif yüklü olup, ters yöne çevrilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan ile kadınların yaşadığı doğum korkusu düzeyi pozitif yönde ilişki göstermektedir. Yani puan arttıkça doğum korkusu artmaktadır. Körükçü ve arkadaşları WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarını düşük (puan  $\leq 37$ ), orta (puan 38-65 arasında olanlar), yüksek (puan 66-84)

ve çok yüksek derecede doğum korkusu yaşayan (puan  $\geq$  85) gebeler olarak dört alt grupta değerlendirmişlerdir[99].

### 3.10. ARAŞTIRMA TAKVİMİ

| Faliyetler                    | 2017 |       |      |       |       |         |        |         |       | 2018 |       |        |      |       |      |       |       |         |        |         |
|-------------------------------|------|-------|------|-------|-------|---------|--------|---------|-------|------|-------|--------|------|-------|------|-------|-------|---------|--------|---------|
|                               | Ocak | Şubat | Mart | Nisan | Mayıs | Haziran | Temmuz | Ağustos | Eylül | Ekim | Kasım | Aralık | Ocak | Şubat | Mart | Nisan | Mayıs | Haziran | Temmuz | Ağustos |
| Literatür Taraması            |      |       |      |       |       |         |        |         |       |      |       |        |      |       |      |       |       |         |        |         |
| Proje Önerisinin hazırlanması |      |       |      |       |       |         |        |         |       |      |       |        |      |       |      |       |       |         |        |         |
| Arastırmanın Uygulanması      |      |       |      |       |       |         |        |         |       |      |       |        |      |       |      |       |       |         |        |         |
| Verilerin İşlenmesi           |      |       |      |       |       |         |        |         |       |      |       |        |      |       |      |       |       |         |        |         |
| Verilerin Analizi             |      |       |      |       |       |         |        |         |       |      |       |        |      |       |      |       |       |         |        |         |
| Rapor yazımı                  |      |       |      |       |       |         |        |         |       |      |       |        |      |       |      |       |       |         |        |         |



## BULGULAR

Çalışmamıza toplam 160 kişi katılmıştır. 80 kişi kontrol 80 kişi müdahale grubundadır. Katılımcıların %91,2'si 20-34 yaş aralığındadır. Kontrol grubundaki kadınların %86,3'ü, müdahale grubundaki kadınların %96,2'si 20-34 yaş aralığında bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların %23,1'inin ortaokul mezunu, %29,5'inin lise mezunu ve %32,5'inin en az lisans/ yüksek lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun %41,3'ünün ve müdahale grubunun %23,8'inin lisans / yüksek lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarında 6'şar kişi gebelik öncesinde tanı aldığı kronik bir hastalığının olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaşı, öğrenim durumu ve kronik hastalık durumuna göre kontrol ve müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir.

Müdahale grubundaki kadınların %83,8'inin, kontrol grubundaki kadınların %67,5'nin eşi 35 yaş altındadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,027$ ).

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

|                               | Müdahale |       | Kontrol |       | p     |
|-------------------------------|----------|-------|---------|-------|-------|
|                               | n        | %     | N       | %     |       |
| <b>Yaş</b>                    |          |       |         |       |       |
| <b>20-34 yaş</b>              | 76       | 95,0  | 69      | 86,3  | 0,050 |
| <b>35 yaş ve üzeri</b>        | 4        | 5,0   | 11      | 13,7  |       |
| <b>Eşinin Yaşı</b>            |          |       |         |       |       |
| <b>20-34 yaş</b>              | 67       | 83,8  | 54      | 67,5  | 0,027 |
| <b>35 yaş ve üzeri</b>        | 13       | 16,2  | 26      | 32,5  |       |
| <b>Eğitim Durumu</b>          |          |       |         |       |       |
| <b>Okur-yazar değil</b>       | 2        | 2,5   | 1       | 1,3   | 0,160 |
| <b>İlkokul</b>                | 11       | 13,7  | 10      | 12,5  |       |
| <b>Ortaokul</b>               | 23       | 28,7  | 14      | 17,5  |       |
| <b>Lise</b>                   | 25       | 31,3  | 22      | 27,4  |       |
| <b>Üniversite ve üstü</b>     | 19       | 23,8  | 33      | 41,3  |       |
| <b>Kronik Hastalık Durumu</b> |          |       |         |       |       |
| <b>Var</b>                    | 6        | 7,5   | 6       | 7,5   | 1,000 |
| <b>Yok</b>                    | 74       | 92,5  | 74      | 92,5  |       |
| <b>Toplam</b>                 | 80       | 100,0 | 80      | 100,0 |       |

Katılımcıların %10'u daha önce küretaj olduğunu, %14,3'ü düşük yaptığını belirtmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların sırasıyla %7,5 - %12,5'inin küretaj olduğu, %11,3-%17,7'sinin düşük yaptığı bulunmuştur. Kadınların gebelik takipleri için kontrol grubundakilerin müdahale grubundakilere göre daha fazla özel hastaneye başvurdukları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,011). Katılımcıların gebelik öykülerinin karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Gebelik Öyküsünün Değerlendirilmesi

|                                   | Müdahale<br>(n=80) |       | Kontrol<br>(n=80) |       | p     |
|-----------------------------------|--------------------|-------|-------------------|-------|-------|
|                                   | n                  | %     | N                 | %     |       |
| <b>Küretaj Öyküsü</b>             |                    |       |                   |       |       |
| <b>Var</b>                        | 10                 | 12,5  | 6                 | 7,5   | 0,429 |
| <b>Yok</b>                        | 70                 | 87,5  | 74                | 92,5  |       |
| <b>Düşük Öyküsü</b>               |                    |       |                   |       |       |
| <b>Var</b>                        | 14                 | 17,7  | 9                 | 11,3  | 0,350 |
| <b>Yok</b>                        | 65                 | 82,3  | 71                | 88,7  |       |
| <b>Gebeliğin Planlanma Durumu</b> |                    |       |                   |       |       |
| <b>İstenen</b>                    | 71                 | 88,7  | 76                | 95,0  | 0,247 |
| <b>İstenmeyen</b>                 | 9                  | 11,3  | 4                 | 5,0   |       |
| <b>Gebe Kalma Yöntemi</b>         |                    |       |                   |       |       |
| <b>Spontan</b>                    | 69                 | 86,3  | 74                | 92,5  | 0,305 |
| <b>YÜT*</b>                       | 11                 | 13,7  | 6                 | 7,5   |       |
| <b>ASM'de</b>                     |                    |       |                   |       |       |
| <b>Takip edilen</b>               | 76                 | 95,0  | 73                | 91,3  | 0,532 |
| <b>Takip edilmeyen</b>            | 4                  | 5,0   | 7                 | 8,7   |       |
| <b>Devlet hastanesinde</b>        |                    |       |                   |       |       |
| <b>Takip edilen</b>               | 40                 | 50,0  | 28                | 35,0  | 0,055 |
| <b>Takip edilmeyen</b>            | 40                 | 50,0  | 52                | 65,0  |       |
| <b>Üniversite hastanesinde</b>    |                    |       |                   |       |       |
| <b>Takip edilen</b>               | 17                 | 21,3  | 13                | 16,3  | 0,543 |
| <b>Takip edilmeyen</b>            | 63                 | 78,7  | 67                | 83,7  |       |
| <b>Özel hastanede</b>             |                    |       |                   |       |       |
| <b>Takip edilen</b>               | 33                 | 41,3  | 49                | 61,3  | 0,011 |
| <b>Takip edilmeyen</b>            | 47                 | 38,7  | 31                | 18,7  |       |
| <b>Toplam</b>                     | 80                 | 100,0 | 80                | 100,0 |       |

\*YÜT = Yardımcı üreme tekniği

Gebelik takipleri sırasında kontrol ve müdahale grubunda sırasıyla kadınların %82,5'i- %86,3' her hangi bir sağlık personelinden gebelik döneminde görülen bedensel değişiklikler hakkında bilgi aldığı tespit edilmiştir. Sağlık personelleri tarafından bilgilendirilme oranları en düşük olan konular gebelikte cinsel hayat ve gebelikte görülen ruhsal değişiklikler olarak bulunmuştur. Gebelik ve doğum sonrası cinsellik hakkında müdahale grubundaki kadınların %91,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %67,5'inin herhangi bir sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Katılımcıların gebelik ve doğum hakkında herhangi bir sağlık personelinden bilgi alma durumu Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Gebelik ve Doğum Hakkında Herhangi Bir Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumu

|  | Müdahale Grubu |       | Kontrol Grubu |       | P      |
|--|----------------|-------|---------------|-------|--------|
|  | n              | %     | N             | %     |        |
| <b>Gebelik ve doğum sonrası bedensel değişiklikler</b> |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 69             | 86,3  | 66            | 82,5  | 0,663  |
| Almayan  | 11             | 13,2  | 14            | 17,5  |        |
| <b>Gebelikte görülen ruhsal değişiklikler</b>          |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 39             | 48,8  | 42            | 52,5  | 0,635  |
| Almayan  | 41             | 51,2  | 38            | 47,5  |        |
| <b>Gebelik ve doğum sonrası cinsel hayat</b>           |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 73             | 91,2  | 54            | 67,5  | <0,001 |
| Almayan  | 7              | 8,8   | 26            | 32,5  |        |
| <b>Normal doğum</b>                                    |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 70             | 87,5  | 63            | 78,8  | 0,205  |
| Almayan  | 10             | 12,5  | 17            | 21,2  |        |
| <b>Sezaryen ile doğum</b>                              |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 33             | 41,2  | 58            | 72,5  | <0,001 |
| Almayan  | 47             | 58,8  | 22            | 27,5  |        |
| <b>Doğum sonrası vücudun toparlanma süreci</b>         |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 64             | 80,0  | 51            | 68,3  | 0,035  |
| Almayan  | 16             | 20,0  | 29            | 36,2  |        |
| <b>Doğum sonrası dönemde doğum kontrolü</b>            |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 65             | 81,3  | 71            | 88,8  | 0,268  |
| Almayan  | 15             | 18,7  | 9             | 11,2  |        |
| <b>Bebek bakımı</b>                                    |                |       |               |       |        |
| Bilgi alan   | 72             | 90,0  | 76            | 95,0  | 0,368  |
| Almayan  | 8              | 10,0  | 4             | 5,0   |        |
| <b>Toplam</b>  | 80             | 100,0 | 80            | 100,0 |        |

Çalışmamıza katılan kadınların gebelik izlemleri sırasında birinci basamak sağlık personeli tarafından en az sezaryen ile doğum ve gebelikte görülen ruhsal değişiklikler hakkında, en fazla bebek bakımı ve doğum sonrası doğum kontrolü hakkında bilgilendirildiği saptanmıştır. Katılımcıların gebelik ve doğum hakkında birinci basamak sağlık personelinden bilgi alma durumu Tablo 7’de sunulmuştur

Tablo 7. Gebelik ve Doğum Hakkında Aile Sağlığı Merkezinden Bilgi Alma Durumu

|  | Müdahale Grubu |              | Kontrol Grubu |              | P      |
|--|----------------|--------------|---------------|--------------|--------|
|  | n              | %            | N             | %            |        |
| <b>Gebelik ve doğum sonrası bedensel değişiklikler</b> |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 66             | 75,0         | 54            | 67,5         | 0,045  |
| Almayan  | 14             | 25,0         | 26            | 32,5         |        |
| <b>Gebelikte görülen ruhsal değişiklikler</b>          |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 36             | 45,0         | 33            | 41,3         | 0,632  |
| Almayan  | 44             | 55,0         | 47            | 58,7         |        |
| <b>Gebelik ve doğum sonrası cinsel hayat</b>           |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 62             | 77,5         | 37            | 46,3         | <0,001 |
| Almayan  | 18             | 22,5         | 43            | 53,7         |        |
| <b>Normal doğum</b>                                    |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 43             | 53,8         | 45            | 56,2         | 0,874  |
| Almayan  | 37             | 46,2         | 35            | 43,8         |        |
| <b>Sezaryen ile doğum</b>                              |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 25             | 31,2         | 32            | 40,0         | 0,322  |
| Almayan  | 55             | 68,8         | 48            | 60,0         |        |
| <b>Doğum sonrası vücudun toparlanma süreci</b>         |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 57             | 71,2         | 36            | 45,0         | 0,001  |
| Almayan  | 23             | 28,8         | 44            | 55,0         |        |
| <b>Doğum sonrası dönemde doğum kontrolü</b>            |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 63             | 78,8         | 60            | 75,0         | 0,708  |
| Almayan  | 17             | 21,2         | 20            | 25,0         |        |
| <b>Bebek bakımı</b>                                    |                |              |               |              |        |
| Bilgi alan   | 71             | 88,8         | 74            | 92,5         | 0,588  |
| Almayan  | 9              | 11,2         | 6             | 7,5          |        |
| <b>Toplam</b>  | <b>80</b>      | <b>100,0</b> | <b>80</b>     | <b>100,0</b> |        |

Çalışmamıza katılan gebelerin 3. trimesterde yapmak istedikleri doğum şekli incelendiğinde kontrol grubundaki gebelerin %62,5'i, müdahale grubundaki gebelerin %72,5'i normal doğum yapmak istedikleri bulunmuştur. İstenilen doğum şekline göre kontrol ve müdahale grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p=0,177$ ). Çalışmamıza katılan kontrol ve müdahale grubundaki kadınların sırasıyla %31,3 - %50,0'sinin orta, %38,7 - %23,8'inin yüksek, %15,0 - %12,4 'ünün çok yüksek derecede doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Doğum korkusu yaşama derecesine göre kontrol ve müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Gebelerin son trimesterde planladıkları doğum şekli kararının belirlenmesinde katkısı incelendiğinde kontrol grubundaki kadınların kararında ailenin, eşinin ve doktorun etkisinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların doğum tercihi kararı ve etkileyen değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Doğum Tercihi Kararı ve Etkileyen Faktörler

|   | Müdahale Grubu |       | Kontrol Grubu |       | p     |
|---|----------------|-------|---------------|-------|-------|
|   | n              | %     | N             | %     |       |
| <b>İstenen doğum şekli</b>              |                |       |               |       |       |
| <b>ND</b>                               | 58             | 72,5  | 50            | 62,5  | 0,177 |
| <b>CS</b>                               | 22             | 27,5  | 30            | 37,5  |       |
| <b>Doğum Korkusu</b>                    |                |       |               |       |       |
| <b>Düşük</b>                            | 11             | 13,8  | 12            | 15,0  | 0,087 |
| <b>Orta</b>                             | 40             | 50,0  | 25            | 31,3  |       |
| <b>Yüksek</b>                           | 19             | 23,8  | 31            | 38,7  |       |
| <b>Çok Yüksek</b>                       | 10             | 12,4  | 12            | 15,0  |       |
| <b>Doktorun doğum kararına katkısı</b>  |                |       |               |       |       |
| <b>Yüksek</b>                           | 27             | 33,8  | 43            | 53,8  | 0,011 |
| <b>Düşük</b>                            | 53             | 66,2  | 37            | 46,2  |       |
| <b>Kadının doğum kararına katkısı</b>   |                |       |               |       |       |
| <b>Yüksek</b>                           | 19             | 23,8  | 21            | 26,3  | 0,855 |
| <b>Düşük</b>                            | 61             | 76,2  | 59            | 73,7  |       |
| <b>Eşinin doğum kararına katkısı</b>    |                |       |               |       |       |
| <b>Yüksek</b>                           | 29             | 36,3  | 47            | 58,8  | 0,004 |
| <b>Düşük</b>                            | 51             | 63,7  | 33            | 41,2  |       |
| <b>Ailesinin doğum kararına katkısı</b> |                |       |               |       |       |
| <b>Yüksek</b>                           | 37             | 46,2  | 54            | 67,5  | 0,007 |
| <b>Düşük</b>                            | 43             | 53,8  | 26            | 32,5  |       |
| <b>Toplam</b>                           | 80             | 100,0 | 80            | 100,0 |       |

ND= Normal Doğum

CS= Sezaryen İle Doğum

Çalışmamızda kontrol grubundaki gebelerin %56,3'ü, müdahale grubundaki gebelerin %75,0'i normal doğum yapmıştır. Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre daha fazla normal doğum yaptıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,013). Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların gerçekleştirdikleri doğum şekli Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Kontrol Ve Müdahale Gruplarının Gerçekleştirdikleri Doğum Şekli

| Grup            | Gerçekleşen Doğum Şekli |      |          |      |        |       | p     |
|-----------------|-------------------------|------|----------|------|--------|-------|-------|
|                 | Normal                  |      | Sezaryen |      | Toplam |       |       |
|                 | n                       | %    | n        | %    | n      | %     |       |
| <b>Müdahale</b> | 60                      | 75,0 | 20       | 25,0 | 80     | 100,0 | 0,013 |
| <b>Kontrol</b>  | 45                      | 56,3 | 35       | 43,7 | 80     | 100,0 |       |

Müdahale grubundaki kadınların %50,0'si devlet hastanesinde %31,2'si üniversite hastanesinde ve %18,8'i özel hastanede doğum yapmıştır. Kontrol grubundaki kadınlarda ise bu oranlar sırasıyla %46,2, %28,8 ve %25,0 olarak bulunmuştur. doğumun yapıldığı sağlık kurumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,633).

Çalışmamızda eşi 20-34 yaş arasında olan kadınların eşi 35 yaş ve üzeri olan kadınlara göre daha fazla normal doğum yaptıkları saptanmıştır (p=0,002). Devlet hastanesinde doğum yapan kadınların %72,7'si normal doğum yapmakta iken, özel hastanede doğum yapan kadınların %37,1'i normal doğum yapmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Gerçekleşen doğum şeklini etkileyen faktörler Tablo 10'da gösterilmiştir.



Tablo 10. Katılımcıların Gerçekleştirdikleri Doğum Şeklini Etkileyen Faktörler

|                                     | Gerçekleşen Doğum Şekli |      |          |      | P      |
|-------------------------------------|-------------------------|------|----------|------|--------|
|                                     | Normal                  |      | Sezaryen |      |        |
|                                     | n                       | %    | n        | %    |        |
| <b>Yaş</b>                          |                         |      |          |      |        |
| 20-34 yaş                           | 97                      | 66,4 | 49       | 33,6 | 0,685  |
| 35 yaş ve üzeri                     | 8                       | 57,1 | 6        | 42,9 |        |
| <b>Eşinin Yaşı</b>                  |                         |      |          |      |        |
| 20-34 yaş                           | 88                      | 72,7 | 33       | 27,3 | 0,002  |
| 35 yaş ve üzeri                     | 17                      | 43,6 | 22       | 56,4 |        |
| <b>Eğitim Durumu</b>                |                         |      |          |      |        |
| Lise ve altı                        | 76                      | 70,4 | 32       | 29,6 | 0,100  |
| Üniversite                          | 29                      | 55,8 | 23       | 44,2 |        |
| <b>Kronik Hastalık</b>              |                         |      |          |      |        |
| Var                                 | 6                       | 50,0 | 6        | 50,0 | 0,343  |
| Yok                                 | 99                      | 66,9 | 49       | 33,1 |        |
| <b>Düşük/Küretaj Öyküsü</b>         |                         |      |          |      |        |
| Var                                 | 17                      | 51,5 | 16       | 48,5 | 0,087  |
| Yok                                 | 88                      | 69,3 | 39       | 30,7 |        |
| <b>Gebeliğin Planlanma Durumu</b>   |                         |      |          |      |        |
| İstenen                             | 99                      | 67,3 | 48       | 32,7 | 0,137  |
| İstenmeyen                          | 6                       | 46,2 | 7        | 58,3 |        |
| <b>Gebe Kalma Yöntemi</b>           |                         |      |          |      |        |
| Spontan                             | 97                      | 67,8 | 46       | 32,2 | 0,151  |
| YÜT*                                | 8                       | 47,1 | 9        | 52,9 |        |
| <b>Doğumun Yapıldığı Yer</b>        |                         |      |          |      |        |
| Devlet Hastanesi                    | 56                      | 72,7 | 21       | 27,3 | <0,001 |
| Üniversite Hastanesi                | 36                      | 75,0 | 12       | 25,0 |        |
| Özel Hastane                        | 13                      | 37,1 | 22       | 62,9 |        |
| <b>Doğum korkusu</b>                |                         |      |          |      |        |
| Düşük                               | 17                      | 73,9 | 6        | 26,1 | 0,535  |
| Orta                                | 45                      | 69,2 | 20       | 30,8 |        |
| Yüksek                              | 30                      | 60,0 | 20       | 40,0 |        |
| Çok Yüksek                          | 13                      | 59,1 | 9        | 40,9 |        |
| <b>Doğumda eş/aile desteği alma</b> |                         |      |          |      |        |
| Destek alan                         | 88                      | 68,2 | 41       | 31,8 | 0,231  |
| Destek almayan                      | 17                      | 54,8 | 14       | 45,2 |        |

Katılımcıların gerçekleştirdikleri doğum şeklini etkileyen faktörlerin çoklu analiz sonucuna göre; kontrol grubundaki kadınların müdahale grubundaki kadınlara göre 2,41 kat (%95 GA 1,07- 5,41), yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların spontan yolla gebe kalan kadınlara göre 3,97 kat (%95 GA 1,20-13,13), özel hastanede doğumu yapan kadınların devlet hastanesinde doğum yapan kadınlara göre 3,96 kat (%95 GA 1,52-10,31) daha fazla sezaryen doğum yaptıkları bulunmuştur. Gebeliğin son trimesterında istenilen doğum şekli kararına doktorun katkısı yüksek olan kadınların doktorun katkısının düşük olduğunu belirten kadınlara göre 2,25 kat (%95 GA 1,01-5,04) daha fazla sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur. Gebeliğin son trimesterında istenilen doğum şekli kararına ailenin katkısı yüksek olan kadınların ailenin katkısının düşük olduğunu belirten kadınlara göre 0,15 kat (%95 GA 0,06-0,37) daha az sezaryen doğum yaptıkları saptanmıştır. Katılımcıların gerçekleştirdikleri doğum şeklini etkileyen faktörlerin çoklu analizi Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Gerçekleştirdikleri Doğum Şeklini Etkileyen Faktörlerin Çoklu Analizi

| Değişkenler                      | Gerçekleşen Doğum Şekli |            | p      |
|----------------------------------|-------------------------|------------|--------|
|                                  | Beta                    | %95 GA     |        |
| <b>Grup</b>                      |                         |            |        |
| Müdahale (ref.)                  |                         |            |        |
| Kontrol                          | 2,41                    | 1,07-5,41  | 0,033  |
| <b>Eşinin yaşı</b>               |                         |            |        |
| 20-34 yaş (ref.)                 |                         |            |        |
| 35 yaş ve üzeri                  | -                       | -          | NS     |
| <b>Eğitim durumu</b>             |                         |            |        |
| Ortaokul ve altı (ref.)          |                         |            |        |
| Lise                             | -                       | -          | NS     |
| Üniversite                       | -                       | -          | NS     |
| <b>Gebelik tip</b>               |                         |            |        |
| Spontan (ref.)                   |                         |            |        |
| YÜT                              | 3,97                    | 1,20-13,13 | 0,024  |
| <b>Doğumun yapıldığı yer</b>     |                         |            |        |
| Devlet hastanesi (ref.)          |                         |            |        |
| Üniversite hastanesi             | 0,86                    | 0,34-2,16  | 0,754  |
| Özel hastane                     | 3,96                    | 1,52-10,31 | 0,005  |
| <b>Doktorun karara katkısı</b>   |                         |            |        |
| Düşük (ref.)                     |                         |            |        |
| Yüksek                           | 2,25                    | 1,01-5,04  | 0,049  |
| <b>Ailenin karara katkısı</b>    |                         |            |        |
| Düşük (ref.)                     |                         |            |        |
| Yüksek                           | 0,15                    | 0,06-0,37  | <0,001 |
| <b>Eşinin karara katkısı</b>     |                         |            |        |
| Düşük (ref.)                     |                         |            |        |
| Yüksek                           | -                       | -          | NS     |
| <b>Kendisinin karara katkısı</b> |                         |            |        |
| Düşük (ref.)                     |                         |            |        |
| Yüksek                           | -                       | -          | NS     |
| <b>Açıklayıcılık</b>             |                         | 0,360      |        |

## TARTIŞMA

Çalışmamızda yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitiminin normal doğum oranlarını arttırdığı gösterilmiştir. Bu sonuç yaş, öğrenim durumu, gebe kalma yöntemi, doğumun yapıldığı sağlık kurumu, doğum tercihinin belirlenmesinde kendisinin ve çevresinin karara katkıları gibi temel faktörlere göre düzeltilerek elde edilmiştir.

Çalışmamızda yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitimi ile normal doğum oranlarında %18,7'lik artış saptanmıştır. Sağlık bakanlığının normal doğumu teşvik eden düzenlemelerine rağmen istenilen sonuçlar elde edilememiştir[39]. Sağlık bakanlığının 2013 – 2017 sağlık strateji planında primer sezaryen doğum sıklığının %17'e düşürülmesi hedeflenmiş olmasına rağmen 2016 yılında primer sezaryen doğum sıklığı %26,4 olarak rapor edilmiştir[39, 100]. Tüm doğumlar içindeki sezaryen doğum sıklığı 2013 yılında %48,1 iken 2016 yılında %54,2'e yükselmiştir[38, 39]. Sağlık bakanlığı sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik ebe doğumlarının arttırılması, gebe okullarının yaygınlaştırılması, sezaryen ameliyatı ve normal doğum ücretlendirmelerinin düzenlenmesi gibi stratejiler yürütmektedir. Ancak sezaryen ameliyatı ücretinin azaltılması, normal doğumu teşvik edici hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, sezaryen doğum oranı yüksek olan hastane ve doktora yaptırımların uygulanması gibi düzenlemelere daha fazla önem verilmiştir. Hekimi ve kurumları cezalandırmaya yönelik uygulamaların sezaryen doğum oranlarını düşürmediği görülmektedir. Kadına yönelik müdahalelerde ise gebe okullarının yaygınlaştırılması istenirken, verilen eğitimin içeriği ve standardizasyonu ikinci planda kalmıştır. Gebe eğitimleri ulusal düzeyde TSM'de verildiği gibi belediyeler de kendi bölgelerinde gebe sınıfı/okulu açarak bu eğitimlerin verilmesini sağlamaktadır. Fakat bu eğitimler için, sezaryen oranları %70'i bulan özel hastanelerin belediyelere destek vermesi eğitim içeriği hakkında soru işaretleri uyandırmaktadır. Türkiye'de sezaryen doğum oranlarını arttıran bir kurumun gebe eğitimlerindeki rolü sorgulanmalıdır. Bununla birlikte devlet hastaneleri ve TSM'ler gebe eğitimlerine çok önem vermekte, düzenli ve yoğun eğitim programları uygulamaktadır. TSM'lerin ulaşamadığı gebelere devlet hastanesinde ulaşılabilir olması, devlet hastanesinde çalışan hekim ve hemşirenin eğitimleri desteklemesi gibi nedenlerden dolayı etkinin yüksek olması beklenmektedir[22-25, 100].

Bizim çalışmamızda normal doğum oranlarının artması kadın merkezli bir eğitimi, eğitim ve davranış kuramları temelli uygulamamız olabilir. Eğitimimizde kadınların sorumluluk almaları ve karar sürecine aktif katılımı sağlanmaya çalışılmıştır. Rol yapma tekniğiyle kişisel başarı hissi ve öz yeterlilik oluşturulmuş, zihinsel deneyimlemenin önemi vurgulanmış ve nasıl yapılacağı anlatılmıştır. Eğitimde yer alan bu farklılıkların normal doğum oranlarında artışa yol açtığı düşünülmektedir.

Literatürde tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğumları azaltmaya yönelik yapılan müdahale çalışmaları incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde gebe eğitimi yapan 9 çalışma bulunmuştur. Bunların dışında sezaryen doğum oranlarını azaltmayı amaçlayan 7 çalışmada sağlık organizasyonunda değişiklik yapılmış, yeni vaka yönetim rehberleri geliştirilmiş, sağlık personellerine normal doğumu özendirici tutum kazandırmak için eğitimler düzenlenmiştir.

Gebe eğitimini hedefleyen çalışmalar içinde H. Rouhe, Bostani F, Mehdizadeh A. ve Jackson J.D benzer şekilde müdahale programının normal doğum oranlarını arttırdığını göstermişken, Saisto T.,Gao L.L., Montgomery A.A., Fraser W., Shorten A. müdahale programı ile normal doğum oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemiştir[6, 16, 70, 101-106]. Gebe eğitimini içeren sezaryen doğumları azaltmayı amaçlayan müdahale çalışmalarının özeti Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Gebe Eğitimini İçeren Sezaryen Doğumları Azaltmayı Amaçlayan Müdahale Çalışmalarının Özeti

| Yazar         | Yapıldığı yer, Zaman | Hedef grup        | n                  | Müdahale programı  | Sonuç (ND oranı)                  | P     |
|---------------|----------------------|-------------------|--------------------|--|-----------------------------------|-------|
| H. Rouhe      | Finlandiya, 2012     | Primipar          | M: 131<br>K: 240   | Gebelik ve doğum bilgilendirmesi Psikoterapi                     | M: %64,3<br>K: %47,5<br>RF: %16,8 | 0,005 |
| Bostani F.    | İran, 2006           | Primipar          | M: 55<br>K: 55     | Gevşeme - Nefes egzersizleri                                     | M: %84,6<br>K: %59,6<br>RF: %25   | 0,001 |
| Mehdizadeh A. | İran, 2005           | Primipar          | M: 100<br>K: 100   | Gebelik ve doğum bilgilendirmesi - Nefes egzersizleri            | RF: %7                            | 0,044 |
| Jackson J.D.  | Kaliforniya, 2003    | Multipar Primipar | M: 1808<br>K: 1149 | Gebelik ve doğum bilgilendirmesi Emzirme eğitimi                 | M: %80,9<br>K: %62,8<br>RF: %18,1 | <0,05 |
| T. Saisto     | Finlandiya, 2001     | Multipar Primipar | M: 95<br>K: 85     | Gebelik ve doğum bilgilendirmesi Geleneksel ve yoğun psikoterapi | M: %56,4<br>K: %51,6<br>RF: %4,8  | >0,05 |
| Goa L.L.      | Çin, 2010            | Primipar          | M: 96<br>K: 98     | Gebelik ve doğum bilgilendirmesi - Nefes egzersizleri            | M: %47,9<br>K: %40,8<br>RF: %7,1  | >0,05 |
| Montgomery A. | İngiltere, 2007      | VBAC              | M: 250<br>K: 247   | İnternette gebelik danışmanlığı                                  | OR: 0,93<br>%95 GA: 0,61-1,41     | >0,05 |
| Shorten A.    | Avustralya, 2005     | VBAC              | M: 118<br>K: 112   | İnternette gebelik danışmanlığı                                  | M: %47,8<br>K: %50,6              | >0,05 |
| Fraser W.     | Canada, 1997         | VBAC              | M: 641<br>K: 634   | Gebelik ve doğum bilgilendirmesi Psikoterapi                     | M: %53<br>K: %49                  | >0,05 |

Normal doğum oranlarını arttırmaya yönelik yapılan çalışmalarda başarı yüzdesi %7-%25 arasında değişiklik göstermekte iken, bizim çalışmamızda başarı yüzdesi %18,7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamıza benzer olarak 2012 yılında Finlandiya'da H. Rouhe ve ark. yüksek doğum korkusu olan gebelerde doğuma hazırlık eğitimi ve terapi desteğinin normal doğumu sıklığını arttırdığını göstermiştir. H. Rouhe ve ark'nın müdahale programı 90 dk süren 7 eğitim saatinden oluşmaktadır. 6 eğitim doğum öncesi, 1 eğitim doğum sonrası verilmiştir. Eğitimler 30 dk süren gevşeme egzersizleri ile başlamış, doğum yöntemleri, doğumun planlanması, doğum korkusunun anlatılmasıyla tamamlanmıştır. Bir eğitim saatinde eşinin de katılması istenmiş ve doğum sırasında eş desteğinin önemi vurgulanmıştır. Daha kapsamlı ve tekrarlayan eğitimlere rağmen normal doğumdaki artışın çalışmamızdaki artıştan daha düşük olmasının nedeni çalışmanın yüksek doğum korkusu olan gebelerde yapılmasından kaynaklanmış olabilir[16]. Doğum korkusunun sezaryen doğumlar için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda yüksek doğum korkusu yaşayan kadınların daha fazla sezaryen doğum tercih ettikleri bulunmuştur[59].

Bostani F. ve ark. 2006 yılında İran'da fiziksel ve ruhsal desteğin kadınları doğuma hazırlamakta ve normal doğum oranlarını arttırmakta etkili olduğunu göstermiştir. Müdahale programı nefes ve gevşeme egzersizleri üzerine yoğunlaşmış 90'ar dk toplam 7 seanstan oluşmaktadır. Bu çalışmada nefes ve gevşeme egzersizleri eğitim saatleri içinde hemşireler eşliğinde yapılmışken, bizim çalışmamızda evde yalnız yapılmıştır. Bostani ve ark. yüksek doğum korkusu olan 14-28. gebelik haftasındaki kadınları çalışmaya almış olup erken dönemde doğum korkusunu azaltarak normal doğum oranlarında artış saptamıştır. Bizim çalışmamızda ise doğum korkusuna bakılmaksızın 28. gebelik haftasını geçen kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Bizim çalışmamıza göre normal doğum oranlarında daha fazla artış saptanmasının nedeni müdahale programındaki ve hedef gruptaki farklılık ile açıklanabilir[102].

Doğuma hazırlık eğitimlerinin gereksiz sezaryen doğumları azalttığını gösteren bir diğer çalışma Mehdizadeh ve ark'nın 2005 yılında yaptıkları çalışmadır. Ancak bu çalışmada müdahale ve kontrol grupları için gerçekleşen normal doğum

oranları rapor edilmemiştir. Ancak müdahalenin sezaryen doğum oranlarını %7 azalttığı belirtilmiştir. Daha kapsamlı ve tekrarlayan eğitimlere rağmen normal doğum oranındaki artış çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni doğum şeklinin çalışmanın temel hipotezi olmaması olabilir. Doğuma hazırlık eğitiminin anne ve bebek sağlığı üzerine etkisini tespit etmeyi amaçlayan çalışmada gerçekleşen doğum şekli bir değişken olarak verilmiştir. Eğitim içeriği çalışmamızdan daha kapsamlı olmasına rağmen, sadece ilk seansta doğum bilgisinin verilmesi normal doğum sıklığındaki düşük artışın nedeni olabilir[101].

Çalışmamıza benzer olarak Jackson J. D. ve ark. yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitiminin normal doğumu arttırdığını göstermiştir. Geleneksel antenatal bakım hizmeti alan kadınların %62,8'i normal doğum yapmışken, yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların % 80,9'u normal doğum yapmıştır. Normal doğum oranındaki artış açısından çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Ancak bu çalışmada multipar ve primipar kadınların birlikte yer alması, primipar kadınlara ait verilerin olmaması açısından karşılaştırmamız sınırlıdır[104].

Gao L.L. ve ark. geleneksel doğum öncesi bakım hizmetine psikoterapi eklenen kadınların daha fazla normal doğum yaptığını saptamasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edememiştir. Eğitim gebelik ve gebelik sonrası olmak üzere iki seansta uygulanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak ilk görüşmede eğitim uygulanmış, doğum sonrası veriler telefon görüşmesi yoluyla toplanmıştır. Eğitimde doğum eylemi ve doğumla ilişkili ağrı yönetimine ek olarak emzirme ve bebek bakımına da yer verilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak terapi destekli eğitim postpartum depresyon ve doğum sonrası psikolojik iyilik hali üzerine odaklanmıştır. Eğitimde içeriğindeki bu farklılığın müdahale etkinliğinde belirleyici olduğu düşünülebilir[106].

Montgomery A.A., Shorten A. ve Fraser W. çalışmalarında uyguladıkları gebe eğitimi ve destek programlarının normal doğum oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Bunun temel nedeni çalışmaların daha önce sezaryen yapmış kadınlar ile yapılmış olması olabilir. Sezaryen doğum öyküsü olan kadınların tıbbi açıdan normal doğum yapmalarına bir engel olmasına rağmen normal doğumdan kaçındıkları bilinmektedir[70, 103, 105].



Rouhe H., Bostani F., Mehdizadeh A.A ve Jackson J. D. daha uzun ve tekrarlayan eğitim müdahalesi uygulayarak normal doğum oranlarını arttırmıştır[16, 101, 102, 104]. Olanaklarımızın kısıtlılığı, hizmet verilen sağlık kurumlarının asli çalışanı olmamız vb. nedenlerle tek seans eğitim vermiş olmamız çalışmamızın sınırlılığıdır. Bununla birlikte eğitim müdahalesinin hazırlanmasında eğitim kuramlarının kullanılması çalışmamızın avantajı olarak değerlendirilebilir. Sağlık inanç modeli ile sosyal bilişsel öğrenme kuramının karşılıklı belirleyicilik ve sembolleştirme kapasitesi bileşenlerine yönelik eğitim içeriği hazırlanmıştır. Davranışın değişikliğinin gerçekleşmesi için gerekli olan etkinlik algısının artırılmasına, tehdit algısının sınırlandırılmasına ve öz yeterliliğin oluşturulmasına önem verilmiştir. Uygulanan bu müdahalenin uzun süreli ve tekrarlayan şekilde yapılma olanağı sağlandığında normal doğumun daha da artacağını düşünebiliriz.

Sağlık organizasyonunu ve sağlık personelini hedefleyen müdahaleler ise genel olarak kurum içi kalite iyileştirme stratejilerine, sezaryen doğum sonrası vajinal doğumun yapılabilmesi için hasta yönetim rehberlerinin kullanımına ve sağlık personellerine normal doğumu özendirici tutum kazandırmaya sınırlandırılmıştır. Bu çalışmalar içinde C. Thuiller, A.D. Bell, J.G. Wilson, A. C. Gimovsky ve A. Scarella yeni vaka yönetim rehberlerinin kullanımı sonrasında normal doğum oranlarının artırdığını göstermiştir[68, 107-110]. Kurum içi ve kurum dışı değerlendirme ve geri bildirimler sunma gibi müdahale programlarını uygulayan çalışmalardan Liang WH ve F. Althabe müdahale sonrası normal doğum oranlarının arttığını göstermişken, Bickell NA. ve Elfrink S.P.M müdahale ile normal doğum oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterememiştir[111-114]. E. Hemminki ve ark. sağlık personellerine normal doğumu özendirici tutum kazandırmaya yönelik yapılan müdahalelerin normal doğum oranlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değiştirmedeğini saptamıştır[69]. Hizmet içi eğitim ve yeni vaka yönetim rehberlerinin kullanımı ile tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğumları azaltmayı amaçlayan çalışmaların özeti Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Gebe Eğitimi Dışı Sezaryen Doğumları Azaltmayı Amaçlayan Müdahale Çalışmalarının Özeti

| Yazar           | Yapıldığı yer, Zaman | n                            | Müdahale programı   | Sonuç (ND oranı)                 | P      |
|-----------------|----------------------|------------------------------|---|----------------------------------|--------|
| Claire Thuiller | Fransa, 2018         | M: 3068<br>K: 3283           | Yeni vaka yönetim rehberi   | M: %88,8<br>K: %84,4<br>RF: %4,4 | <0,001 |
| Amy Bell        | D. ABD, 2017         | M: 401<br>K:434              | Doğuma katılan tüm sağlık personelinin eğitimi<br>Yeni vaka yönetim rehberi | M: %80,3<br>K: %72,1<br>RF: %8,2 | 0,006  |
| Jonas Wilson    | G. ABD, 2016         | M: 292<br>K:275              | Yeni vaka yönetim rehberi   | M: %80,2<br>K: %73,1<br>RF: %8,1 | 0,028  |
| Alexis Gimovsky | C. ABD, 2016         | M: 41<br>K:37                | Yeni vaka yönetim rehberi   | M: %80,5<br>K:%56,8<br>RF: %23,7 | <0,05  |
| A.Sacrella      | ABD, 2010            | M: 2097<br>K:627             | Yeni vaka yönetim rehberi   | M: %73,5<br>K: %63,2<br>RF: 10,3 | <0,05  |
| E. Hemminki     | Finlandiya, 2008     | M: 845<br>K:723              | Hemşirelerin eğitimi  | M: %81<br>K:%84<br>RF: -%3       | >0,05  |
| F. Althabe      | Latin Amerika, 2004  | M: 34.735<br>K: 39.175       | İkinci görüşü uzman   | RF: %7                           | 0,044  |
| W. Liang        | H. Tayvan, 2004      |                              | İkinci görüşü uzman   | M: %82,2<br>K: %78,7<br>RF: %2,5 | <0,001 |
| P.M. Elferink   | Hollanda, 2002       | M: 157.190<br>K: 160.676     | İkinci görüşü uzman   | RF: %0,24                        | >0,05  |
| N.A. Bickell    | ABD, 1996            | M: 45<br>K: 165<br>(hastane) | İkinci görüşü uzman   | RF: %3                           | >0,05  |

Çalışmamızdan farklı olarak normal doğum oranlarındaki artışı A.C. Gimovsky daha yüksek[109], C. Thuiller, A.D. Bell, J.G. Wilson, A., A. Scarella, Liang WH ve F. Althabe daha düşük bulmuştur[68, 107, 108, 110-112]. A.C. Gimovsky bu sonuca Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneğinin önerdiği doğum eylemi yönetim şemasında değişiklik yaparak ulaşmıştır. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği, epidural anestezi uygulanmış gebelerde 3 saat, epidural anestezi uygulanmamış kadınlarda 2 saat süren doğumun ikinci evresini uzamış doğum eylemi olarak kabul etmekte ve sezaryen doğum önermektedir[115]. A.C. Gimovsky ise müdahale grubundaki gebeleri 1 saat daha normal doğum olması için takip etmiştir. Yeni tanımlamaya uygun olarak doğum eyleminin yönetildiği grupta daha fazla normal doğum yapıldığı bulunmuştur. Bununla birlikte maternal ve neonatal riskler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. DSÖ doğumun kontrolünün kadına bırakılması ile kadınların pozitif doğum deneyimi yaşamalarının sağlanmasını savunmaktadır. Bu çalışmada normal doğum oranlarına odaklanılmış ve kadınların doğum eylemi sürecindeki yerine hiç değinilmemiştir[109].

C. Thuiller, A.D. Bell, J.G. Wilson, A., A. Scarella, Liang WH ve F. Althabe çalışmamızdan daha düşük artış saptamasının nedeni daha önce sezaryen olmuş kadınların mevcut gebeliklerinde normal doğum yapmalarını sağlamaya yönelik yeni akış şemaları kullanmış olmaları olabilir[68, 107, 108, 110-112]. Daha önce sezaryen doğum yapmış olan kadınların normal doğum yapma konusunda en düşük motivasyona sahip grup olduğu bilinmektedir. Bunun nedenleri arasında kadınların olası komplikasyonlardan korkması, malpraktis yasaları ile ilişkili olarak hekimlerin tutumlarındaki değişiklikler sayılabilir[116].

Bickell NA. ve Elfrink S.P.M ve E. Hemminki'nin yaptıkları çalışmalarda müdahaleler ile normal doğum oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir[69, 113, 114]. Bickell NA. ve Elfrink S.P.M 'in yaptıkları çalışmada ikinci bir uzman görüşü ile sezaryen doğumların tıbbi endikasyonu olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu müdahalenin etkisiz bulunmuş olması sezaryen

doğum hakkında benzer tutuma sahip hekimlerin aynı kararı vermesi olabilir[113, 114].

Hemminki ve ark. sağlık personeline yönelik eğitim müdahalesinin normal doğum oranları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermiştir. Bunun nedenleri arasında çalışmanın çok merkezli yürütülmesi, çalışmayı terk eden sağlık personelinin fazla olması sayılabilir. Kurumların antenatal bakım hizmetlerine verdiği önemde ki ve doğum eylemi yönetimlerinde ki farklılıklar bu sonuca neden olmuş olabilir[69]. Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında sezaryen ile doğum oranlarında ciddi farklılıklar olduğu bilinmektedir. Sağlık personelinin sezaryen doğum yaptırma konusunda tutum farklılığının bu sonuçlara yol açtığı düşünülmektedir[5].

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmamızda yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitiminin normal doğum oranlarını arttırdığı bulunmuştur.

Doğum şeklinin belirlenmesinde gebe kalma şeklinin, doğumun yapıldığı sağlık kurumunun, doktor ve ailenin doğum tercihi kararındaki katkısının etkili olduğu saptanmıştır. Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalmanın, özel hastanede doğum yapmanın ve son trimesterde doğum şeklinin belirlenmesinde doktorun karara katkısının yüksek olmasının sezaryen doğumlar için risk faktörü olduğu görülmüştür. Son trimesterde doğum şeklinin belirlenmesinde ailenin karara katkısının yüksek olması sezaryen doğumlar için koruyucu faktör olarak bulunmuştur.

Sağlık bakanlığı ve diğer kurumlar işbirliği ile açılan gebe okulları/gebe sınıflarında verilen doğuma hazırlık eğitimleri kuramlara dayandırılmalı ve standardize edilmelidir. Eğitim içeriği kadını fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak desteleyecek şekilde hazırlanmalıdır. Öz yeterlilik duyguları gelişen kadınlar sağlıklı ve pozitif doğum deneyimi yaşayabilirler.

Kadınların fiziksel olarak güçlendirilmesi nefes, germe ve gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi ile kadınlar normal doğuma hazırlanmaktadır. Sağlık bakanlığı tarafından nefes, germe ve gevşeme egzersizlerini içeren eğitici videolar hazırlanmalıdır. Aile sağlığı merkezlerinde gebelikte fiziksel egzersizin önemi ve beklenen yararı anlatılmalı, hazırlanan videolar verilmelidir.

Bu konuda hatırlanması gereken önemli bir konu fiziksel egzersizlerin doktora danışılmadan uygulanmaması gerektiğidir. Düşük tehdidi gibi riskli gebelikler için fiziksel egzersizlerin uygunluğu araştırılmalı, fiziksel egzersizler bireysel olarak düzenlenmelidir.

Aile sağlığı merkezlerinde gebelikte görülen ruhsal değişiklikler hakkında bilgi verilmeli, öz farkındalık geliştirilmelidir. Sağlık bakanlığı gebelikte ve doğum sonrası kadınların güçlendirilmesi için psikolojik destek programı hazırlamalıdır. Hazırlanan programların Toplum Sağlığı Merkezi ve/veya Sağlıklı Yaşam Merkezinde çalışan psikologlar ile yürütülmesi sağlanmalıdır. Her trimesterde psikologlar ile etkileşim sağlayan kadınların motivasyonunun ve kişisel başarı

hissinin artması ve doğumda kendi ve bebeği için en sağlıklı doğum şeklinin belirlenmesinde aktif rol alması sağlanabilir.

Karar süresinde ailenin etkisinin artması ile sezaryen doğum tercihlerinin azalması çevre- biliş-davranış etkileşiminin etkisini göstermektedir. Pozitif doğum deneyimi yaşayan kadınlar ile gebenin etkileşimi sonucu sağlıklı davranış değişikliği gelişmektedir. Davranış kuramlarında kişiler arası etkilerin (sosyal normlar, sosyal destek ve rol model) davranış algısı üzerinde etkisi olduğu savunulmaktadır. Sosyal normların ve rol modellerin sağlıklı davranışı desteklemesi ve/veya özendirilmesi sağlık eğitimlerinin etkinliğini azaltmaktadır. Bu konuda toplumsal bakış açısının değiştirilmesi için Sağlık Bakanlığı ve Radyo ve Televizyon Üst Kurulu iş birliğine ihtiyaç vardır. Dizilerde özel hastanelerde sezaryen doğum sahnelerinin statü göstergesi olarak kullanılması, kadının kendini değerli hissetmesi için kullanılan araç olması önlenmelidir. Dizilerde kadının rolü, doğumun nasıl tasvir edildiği incelenmelidir. Medya okuryazarlığının arttırılması için kamu spotları oluşturulmalıdır. Ayrıca sağlıklı davranışın kazandırılması ve sürdürülmesi için düzenlenecek eğitimler kamu spotları ile desteklenmelidir.

Özel hastanede gerçekleşen doğumlar arasında sezaryen doğum oranlarının yüksek olması dikkat çekicidir. Bu nedenle kamu ve özel hastane doğumları arasındaki fark Sağlık Bakanlığı tarafından ayrıntılı olarak incelenmelidir. Sezaryen doğum oranlarını arttıran nedenler hasta, sağlık personeli ve sağlık organizasyonu başlıklarında bir bütün olarak ele alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 1985. **2**(8452): p. 436-7.
2. Hofmeyr, G.J., M. Hannah, and T.A. Lawrie, Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(7): p. CD000166.
3. Caesarean section: Evidence Update March 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 132 'Caesarean section' (2011). 2013: National Institute for Health and Clinical Excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
4. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2016.
5. OECD (2017), "Caesarean sections", in *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-66-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-66-en).
6. Saito, K.M., K. Yamatoya, K. Kuwahara, A. Inoue, E. Miyado, M., et al., Increased incidence of post-term delivery and Cesarean section after frozen-thawed embryo transfer during a hormone replacement cycle. *J Assist Reprod Genet*, 2017. **34**(4): p. 465-470.
7. Kushnir, V.A., Barad, D. H, Albertini, D. F, Darmon, S. K, Gleicher, N., Systematic review of worldwide trends in assisted reproductive technology 2004-2013. *Reprod Biol Endocrinol*, 2017. **15**(1): p. 6.
8. Luke, B., Pregnancy and birth outcomes in couples with infertility with and without assisted reproductive technology: with an emphasis on US population-based studies. *Am J Obstet Gynecol*, 2017. **217**(3): p. 270-281.
9. Pevzner, L., Preslicka, C, Bush, M. C, Chan, K., Women's attitudes regarding mode of delivery and cesarean delivery on maternal request. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2011. **24**(7): p. 894-9.
10. Ryding, E.L., Lukasse, M, Parys, A. S, Wangel, A. M, Karro, H, Kristjansdottir, H., et al., Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*, 2015. **42**(1): p. 48-55.

11. Kasai, K.E., Nomura, R. M, Benute, G. R, de Lucia, M. C, Zugaib, M., Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, 2010. **26**(3): p. 319-26.
12. Lavender, T., Hofmeyr, G. J, Neilson, J. P, Kingdon, C, Gyte, G. M., Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(3): p. CD004660.
13. Arikan, D.C., Ozer, A, Arikan, I, Coskun, A, Kiran, H., Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet*, 2011. **284**(3): p. 543-9.
14. Khunpradit, S., Tavender, E, Lumbiganon, P, Laopaiboon, M, Wasiak, J, Gruen, R. L., Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(6): p. CD005528.
15. Yu, Y., Zhang, X, Sun, C, Zhou, H, Zhang, Q, Chen, C., Reducing the rate of cesarean delivery on maternal request through institutional and policy interventions in Wenzhou, China. *PLoS One*, 2017. **12**(11): p. e0186304.
16. Rouhe, H., Salmela-Aro, K, Toivanen, R, Tokola, M, Halmesmaki, E, Saisto, T., Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG*, 2013. **120**(1): p. 75-84.
17. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*, 2015.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. 2014.
19. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman Summary of recommendations and care pathway National Institute for Health and Clinical Excellence 2008, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: London
20. Üstünsöz, A., Reasons of why pregnant women do not take prenatal care. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005. **47**(2): p. 156-158.
21. Celik, Y., Hotchkiss, D.R., The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Soc Sci Med*, 2000. **50**(12): p. 1797-806.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. 2010: Ankara.



23. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. 2016, Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü.
24. Karabulut, Ö., Coşkun Potur, D, Doğan Merih, Y, Cebeci Mutlu, S, Demirci, N., Doğuma Hazırlık Sınıfları Gebelerin Doğum Korkularını Azaltmada Etkili Midir? 2016, Editör: Ümit Murat Parpucu, Yıldız Demirbaş. Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı. p. 40-45.
25. Börekci, S., Kamu Hastanelerinde Çalışan Ebelerin İhtiyaç Duyduğu Eğitimlerin Belirlenmesi. 2016, Editör: Ümit Murat Parpucu, Yıldız Demirbaş. Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı. p. 6-13.
26. Toohill, J., Fenwick, J, Gamble, J, Creedy, D. K, Buist, A, Turkstra, E, et al., A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 2014. **41**(4): p. 384-94.
27. Malata, A., Hauck, Y, Monterosso, L, McCaul, K., Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *J Adv Nurs*, 2007. **60**(1): p. 67-78.
28. Lothian, J.A., Lamaze breathing: what every pregnant woman needs to know. *J Perinat Educ*, 2011. **20**(2): p. 118-20.
29. Varner, C.A., Comparison of the Bradley Method and HypnoBirthing Childbirth Education Classes. *J Perinat Educ*, 2015. **24**(2): p. 128-36.
30. Chaillet, N., Dumont, A., Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth*, 2007. **34**(1): p. 53-64.
31. Walker, D.S., Visger, J. M, Rossie, D., Contemporary childbirth education models. *J Midwifery Womens Health*, 2009. **54**(6): p. 469-76.
32. Andersen, R.M., Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 1995. **36**(1): p. 1-10.
33. Betran, A.P., Ye, J, Moller, A. B, Zhang, J, Gulmezoglu, A. M, Torloni, M. R., The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*, 2016. **11**(2): p. e0148343.
34. Vogel, J.P., Betran, A. P, Vindevoghel, N, Souza, J. P, Torloni, M. R, Zhang, J. , et al., Use of the Robson classification to assess caesarean section trends

- in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*, 2015. **3**(5): p. e260-70.
35. Roberts, C.L., Nippita, T. A., International caesarean section rates: the rising tide. *Lancet Glob Health*, 2015. **3**(5): p. e241-2.
  36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2003), “2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
  37. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
  38. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
  39. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017.
  40. Kılılı, B., THE EVALUATION OF THE BIRTHS OF 2009 IN HONAZ, DENİZLİ AND RATE OF CAESAREAN AND DETERMINANTS, in *Public Health*. 2011, Pamukkale University: DENİZLİ.
  41. Campo-Engelstein, L., Howland, L. E, Parker, W. M, Burcher, P., Scheduling the Stork: Media Portrayals of Women's and Physicians' Reasons for Elective Cesarean Delivery. *Birth*, 2015. **42**(2): p. 181-8.
  42. Usha Kiran, T.S., Jayawickrama, N. S., Who is responsible for the rising caesarean section rate? *J Obstet Gynaecol*, 2002. **22**(4): p. 363-5.
  43. Tollanes, M.C., [Increased rate of Caesarean sections--causes and consequences]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2009. **129**(13): p. 1329-31.
  44. Faisal, I., Matinnia, N, Hejar, A. R, Khodakarami, Z., Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 2014. **30**(2): p. 227-33.
  45. Salihu, H.M., Shumpert, M. N, Slay, M, Kirby, R. S, Alexander, G. R., Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in the United States. *Obstet Gynecol*, 2003. **102**(5 Pt 1): p. 1006-14.

46. Fretts, R.C., MD, PhD. Effects of advanced maternal age on pregnancy, Louise Wilkins-Haug. 2018.
47. Martin, J.A., Hamilton, B. E, Ventura, S. J, Osterman, M. J, Mathews, T. J., Births: final data for 2011. Natl Vital Stat Rep, 2013. **62**(1): p. 1-69, 72.
48. Mathews, T.J., Hamilton, B.E., Mean age of mothers is on the rise: United States, 2000–2014. NCHS data brief, no 232. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2016.
49. Cleary-Goldman, J., Malone, F. D, Vidaver, J, Ball, R. H, Nyberg, D. A, Comstock, C. H., et al., Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol*, 2005. **105**(5 Pt 1): p. 983-90.
50. Santangelo, C., Vari, R, Scazzocchio, B, Filesi, C, Masella, R., Management of reproduction and pregnancy complications in maternal obesity: which role for dietary polyphenols? *Biofactors*, 2014. **40**(1): p. 79-102.
51. Ramsey, P.S., Schenken, R.S, Obesity in pregnancy: Complications and maternal management, F.X.P.-S. Charles J Lockwood, Editor. 2018.
52. Taylor, L.K., Simpson, J. M, Roberts, C. L, Olive, E. C, Henderson-Smart, D. J., Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *Med J Aust*, 2005. **183**(10): p. 515-9.
53. Kallen, B., Finnstrom, O, Lindam, A, Nilsson, E, Nygren, K. G, Otterblad Olausson, P., Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: data for 25 years. *Hum Reprod*, 2010. **25**(4): p. 1026-34.
54. Ugwumadu, A., Does the maxim "once a Caesarean, always a Caesarean" still hold true? *PLoS Med*, 2005. **2**(9): p. e305.
55. Uddin, S.F., Simon, A. E., Rates and success rates of trial of labor after cesarean delivery in the United States, 1990-2009. *Matern Child Health J*, 2013. **17**(7): p. 1309-14.
56. World Health Organization and International Initiative for Impact Evaluation. An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

57. O'Connell, M.A., Leahy-Warren, P, Khashan, A. S, Kenny, L. C, O'Neill, S. M., Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2017. **96**(8): p. 907-920.
58. Hofberg, K., Ward, M. R., Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol*, 2004. **47**(3): p. 527-34.
59. Storksen, H.T., et al., Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015. **15**: p. 221.
60. Aksoy, M., Aksoy, A. N, Dostbil, A, Celik, M. G, Ince, I., The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth. *Obstet Gynecol Int*, 2014. **2014**: p. 274303.
61. Di Renzo, G.C., Tocophobia: a new indication for cesarean delivery? *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2003. **13**(4): p. 217.
62. Moller, A.B., Petzold, M, Chou, D, Say, L., Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health*, 2017. **5**(10): p. e977-e983.
63. Razum, O., Breckenkamp, J, Borde, T, David, M, Bozorgmehr, K., Early antenatal care visit as indicator for health equity monitoring. *Lancet Glob Health*, 2018. **6**(1): p. e35.
64. Seçil Özkan, F.N.A., Emine Avcı, Emine Füsün Civil, Müzeyyen Zeyneb Tunca, Delivery methods: choices for women and related factors. *TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 2013. **11**(2).
65. Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. .
66. Society of, O. and C. Gynaecologists of, SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet*, 2005. **89**(3): p. 319-31.
67. Temmerman, M., et al., Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. *BMJ*, 2015. **351**: p. h4414.

68. Thuillier, C., et al., Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2018. **218**(3): p. 341 e1-341 e9.
69. Hemminki, E., et al., Special features of health services and register based trials - experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Serv Res*, 2008. **8**: p. 126.
70. Montgomery, A.A., et al., Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ*, 2007. **334**(7607): p. 1305.
71. Gagnon, A.J. and J. Sandall, Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(3): p. CD002869.
72. Gau, M.L., et al., Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 2011. **27**(6): p. e293-300.
73. Guskowska, M., The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping*, 2014. **27**(2): p. 176-89.
74. Sawyer, B., Experiences with the labor procedure of Grantly Dick Read. *Am J Obstet Gynecol*, 1946. **51**: p. 852-8.
75. Hotelling, B.A., Using the official lamaze guide in childbirth education classes. *J Perinat Educ*, 2006. **15**(3): p. 47-9.
76. Wainer, N., HypnoBirthing. A radical change on our perspective of pain in childbirth. *Midwifery Today Int Midwife*, 2000(55): p. 36-8.
77. England, P. and R. Horowitz, "The birthing from within holistic sphere": a conceptual model for childbirth education. *J Perinat Educ*, 2000. **9**(2): p. 1-7.
78. Reid, A.E. and L.S. Aiken, Integration of five health behaviour models: common strengths and unique contributions to understanding condom use. *Psychol Health*, 2011. **26**(11): p. 1499-520.
79. Green, H.J., et al., Health behaviour models and patient preferences regarding nutrition and physical activity after breast or prostate cancer diagnosis. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2014. **23**(5): p. 640-52.

80. Matteredne, U., T.L. Diepgegn, and E. Weisshaar, A longitudinal application of three health behaviour models in the context of skin protection behaviour in individuals with occupational skin disease. *Psychol Health*, 2011. **26**(9): p. 1188-207.
81. Harvey, J.N. and V.L. Lawson, The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabet Med*, 2009. **26**(1): p. 5-13.
82. Jeihooni, A.K., et al., The Effect of Health Education Program Based on Health Belief Model on Oral Health Behaviors in Pregnant Women of Fasa City, Fars Province, South of Iran. *J Int Soc Prev Community Dent*, 2017. **7**(6): p. 336-343.
83. Zare, M., et al., The Effect of Health Belief Model-Based Education on Knowledge and Prostate Cancer Screening Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2016. **4**(1): p. 57-68.
84. Masoudiyekta, L., et al., Effect of Education Based on Health Belief Model on the Behavior of Breast Cancer Screening in Women. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2018. **5**(1): p. 114-120.
85. Mohammadi, S., et al., The impact of self-efficacy education based on the health belief model in Iranian patients with type 2 diabetes: a randomised controlled intervention study. *Asia Pac J Clin Nutr*, 2018. **27**(3): p. 546-555.
86. Hoseini, H., et al., Investigating the effect of an education plan based on the health belief model on the physical activity of women who are at risk for hypertension. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2014. **19**(6): p. 647-52.
87. Blonna R, L.J., Watter D. Sudbury, Health counseling a microskills approach for counselors, educators, and school nurses. 2 ed. 2011, Massachusetts, US.
88. Gipson, P. and C. King, Health Behavior Theories and Research: Implications for Suicidal Individuals' Treatment Linkage and Adherence. *Cogn Behav Pract*, 2012. **19**(2): p. 209-217.
89. Karen Glanz, B.K.R., K Viswanath, C Tracy Orleans, Models of individual health behavior, in *The health belief model. health behavior and health*

- education: theory, research, and practice., C.T. Orleans, Editor. 2008, Jossey-Bass: San Francisco, CA p. 41-62.
90. Sebahat GÖZÜM, C.Ç., A Guide in the development of health behaviours: Health Belief Model (HBM). Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014. **7**(3): p. 230-237.
  91. Margaret M. Braungart, R.G.B., Pamela R. Gramet Applying Learning Theories to Healthcare Practice. 2011, Jones & Bartlett Learning.
  92. Resnicow, K., Models of Health Behavior Change Used in Health Education Programs, in Schools & Health: Our Nation's Investment, E.L. Diane Allensworth, Lois Nicholson, James Wyche Editor. 1997, National Academies Press. p. 356-365.
  93. BAYRAKCI, M., Social learning theory and its educational applications. SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007.
  94. Bandura, A., Social learning theory of aggression. J Commun, 1978. **28**(3): p. 12-29.
  95. Chen, M.F., R.H. Wang, and S.L. Hung, Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory. Appl Nurs Res, 2015. **28**(4): p. 299-304.
  96. Alfred L. McAlister, C.L.P., and Guy S. Parcel, How Individuals, Environments, and Health Behaviors Interact: Social Cognitive Theory, in Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 4, Editor. 2011, Jossey-Bass: San Francisco, CA.
  97. Ghazi, C., et al., Social cognitive or learning theory use to improve self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. Physiother Theory Pract, 2018. **34**(7): p. 495-504.
  98. Bethards, M.L., Applying social learning theory to the observer role in simulation. . Clinical Simulation in Nursing, 2014. **10**(2): p. 65-69.
  99. Korukcu, O., K. Kukulcu, and M.Z. Firat, The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2012. **19**(3): p. 193-202.
  100. Stratejik plan 2013 - 2017. 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı.

101. Mehdizadeh, A., et al., Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol*, 2005. **22**(1): p. 7-9.
102. Bastani, F., et al., A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health*, 2005. **50**(4): p. e36-40.
103. Fraser, W., et al., Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. Childbirth Alternatives Post-Cesarean Study Group. *Am J Obstet Gynecol*, 1997. **176**(2): p. 419-25.
104. Jackson, D.J., et al., Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. *Am J Public Health*, 2003. **93**(6): p. 999-1006.
105. Shorten, A., et al., Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. *Birth*, 2005. **32**(4): p. 252-61.
106. Gao, L.L., et al., Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 2010. **47**(10): p. 1208-16.
107. Bell, A.D., et al., Implementing a Systematic Approach to Reduce Cesarean Birth Rates in Nulliparous Women. *Obstet Gynecol*, 2017. **130**(5): p. 1082-1089.
108. Wilson-Leedy, J.G., et al., Reduction in the Cesarean Delivery Rate After Obstetric Care Consensus Guideline Implementation. *Obstet Gynecol*, 2016. **128**(1): p. 145-52.
109. Gimovsky, A.C. and V. Berghella, Randomized controlled trial of prolonged second stage: extending the time limit vs usual guidelines. *Am J Obstet Gynecol*, 2016. **214**(3): p. 361 e1-6.
110. Scarella, A., et al., Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2011. **154**(2): p. 136-40.
111. Liang, W.H., et al., Effect of peer review and trial of labor on lowering cesarean section rates. *J Chin Med Assoc*, 2004. **67**(6): p. 281-6.



112. Althabe, F., et al., Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2004. **363**(9425): p. 1934-40.
113. Bickell, N.A., et al., Effect of external peer review on cesarean delivery rates: a statewide program. *Obstet Gynecol*, 1996. **87**(5 Pt 1): p. 664-7.
114. Elferink-Stinkens, P.M., et al., Randomised clinical trial on the effect of the Dutch obstetric peer review system. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2002. **102**(1): p. 21-30.
115. Committee on Practice, B.-O., ACOG Practice Bulletin No. 154: Operative Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*, 2015. **126**(5): p. e56-65.
116. Lundgren, I., et al., Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a study from countries with low VBAC rates. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016. **16**(1): p. 350.

YAPILANDIRILMIŞ DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN DOĞUM  
TERCİHLERİ ÜZERİNE ETKİSİ DOĞUM ÖNCESİ ANKETİ

Bu araştırma PAÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görev yapan Araş. Gör. Dr. Ayşen TİL'in uzmanlık tezi kapsamında yürütülmektedir. Çalışma kapsamında verilen doğuma hazırlık eğitimleri, sizin sezaryen ve normal doğum hakkında doğru ve yeterli bilgi sahibi olmanıza katkı sağlayacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esastır. Kişisel bilgileriniz araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Adınız ve telefon numaranız doğum sonrası size ulaşabilmek için gerekmektedir, başka amaçla kullanılmayacaktır.

Adınız Soyadınız: .....

Telefon numaranız:.....

- 1) Yaşınızı yazınız:
- 2) Eşinizin yaşını yazınız:
- 3) Öğrenim durumunuzu belirtiniz:

A) Okuma-yazma yok B) İlkokul mezunu C) Ortaokul mezunu

D) Lise mezunu E) Üniversite mezunu

4) Gebelik öncesinde tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?

(Hipertansiyon, Diyabet, Anemi vb.)

A) Evet B) Hayır

5) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? (Vitamin, kalsiyum, demir hariç)

A) Evet B) Hayır

6) Daha önce kürtaj oldunuz mu? (Cevabınız evet ise sayısını belirtiniz)

A) Evet (.....Kez) B) Hayır

7) Daha önce düşük yaptınız mı? (Cevabınız evet ise sayısını belirtiniz)

A) Evet (.....Kez) B) Hayır

8) Bu gebeliğiniz planlı ve istenen bir gebelik mi?

A) Evet B) Hayır

9) Gebeliğiniz kendiliğinden mi yardımcı üreme tekniği ile mi gerçekleşti?

A)Doğal olarak kendiliğinden B) Tüp bebek C) Mikroenjeksiyon  
D) Diğer.....

10) Gebelik haftanızı belirtiniz.....

11) Gebe izlemlerinizi için hangi kurumlara başvurduunuz? Başvuru **sayısını belirtiniz.** Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

A) Aile Sağlığı Merkezi ..... kez  
B) Devlet Hastanesi .....kez  
C) Üniversite Hastanesi .....kez  
D) Özel Hast/Muayenehane.....kez

12) Bu gebeliğinizde hangi doğum yöntemini tercih edeceksiniz?

A) Sezaryen Doğum B)Normal Doğum

13) Doktorunuzun doğum tercihi kararına katkısını en az 1, en fazla 10 olacak şekilde puan veriniz.....

14) Doğum tercihi kararında kendi katkınızı en az 1, en fazla 10 olacak şekilde puan veriniz.....

15) Eşinizin doğum tercihi kararına katkısını en az 1, en fazla 10 olacak şekilde puan veriniz.....

16) Aile büyüklerinizin doğum tercihi kararına katkısını en az 1, en fazla 10 olacak şekilde puan veriniz.....

17) Bu tercihinizin de etkili olan neden/ nedenler nelerdir? Yazınız.

.....

18) Aşağıdaki konular hakkında **gebelik takipleri sırasında** kimden hangi bilgi veya eğitimi aldınız? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

|  | Kadın<br>Doğum<br>Uzmanı | Aile<br>Hekimi | Ebe,<br>Hemşire | Basın<br>(TV,<br>gazete,<br>dergi...) | İnternet |
|--|--------------------------|----------------|-----------------|---------------------------------------|----------|
| Gebelik ve doğum sonrası bedensel değişiklikler hakkında |                          |                |                 |                                       |          |
| Gebelikte görülen ruhsal değişiklikler hakkında          |                          |                |                 |                                       |          |
| Normal doğum hakkında                                    |                          |                |                 |                                       |          |
| Sezaryen doğum hakkında                                  |                          |                |                 |                                       |          |
| Gebelikte ve doğum sonrası cinsel hayat hakkında         |                          |                |                 |                                       |          |
| Doğum sonrası vücudun toparlanma süreci hakkında         |                          |                |                 |                                       |          |
| Doğum sonrası dönemde doğum kontrolü hakkında            |                          |                |                 |                                       |          |
| Bebek bakımı ve emzirme hakkında                         |                          |                |                 |                                       |          |



**II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**

9. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
güvende güvende değil
10. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Bağımlı  
bağımsız
11. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
umutsuz umutsuz değil
12. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Gerginlik yok  
gergin
13. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
memnun memnun değil
14. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
hoşnut hoşnut değil
15. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
terkedilmiş terkedilmemiş
16. 0 1 2 3 4 5  
Tamamen Hiç kendine  
kendine hakim hakim değil
17. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç rahat  
rahat değil
18. 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç mutlu  
mutlu değil

**III Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**

19. 0 1 2 3 4 5  
Aşırı Hiç panik  
panik değil
20. 0 1 2 3 4 5  
Aşırı Ümitsizlik yok  
ümitsizlik

21. 0 1 2 3 4 5  
Aşırı çocuğa kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok

22. 0 1 2 3 4 5  
Aşırı öz güvenli Öz güven yok

23. 0 1 2 3 4 5  
Son derece kendine güvenli Kendine güvensiz

24. 0 1 2 3 4 5  
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

**IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?**

25. 0 1 2 3 4 5  
Son derece kötü davranacağım Kötü şekilde davranmayacağım

26. 0 1 2 3 4 5  
Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vereceğim Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vermeyeceğim

27. 0 1 2 3 4 5  
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim

**V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?**

28. 0 1 2 3 4 5  
Son derece keyif verici Hiç keyif verici değil

29. 0 1 2 3 4 5  
Son derece doğal Hiç doğal değil

30. 0 1 2 3 4 5  
Tamamen olması gerektiği gibi Hiç olması gerektiği gibi değil

31. 0 1 2 3 4 5  
Son derece tehlikeli Hiç tehlikeli değil



**VI Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?**

**32.** .....doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5  
Hiç Çok sık

**33.** .....doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5  
Hiç Çok sık

YAPILANDIRILMIŞ DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN DOĞUM  
TERCİHLERİ ÜZERİNE ETKİSİ DOĞUM SONRASI ANKETİ

Adınız Soyadınız.....

1) Doğumunuzu hangi kurumda gerçekleştirdiniz?

A) Devlet Hastanesi B) Üniversite Hastanesi C) Özel Hast/Muayenehane

2) Doğumunuzu nasıl yaptınız?

A)Normal doğum B) Sezaryen doğum

3) Doğum şeklinizin belirlenmesinde etkili olan nedenler nelerdir? Belirtiniz.

.....

4) Doğumunuz gebeliğinizin kaçınıcı haftasında gerçekleşti? Yazınız.....

5) Doğum ağrılarınız başladığında doğumhaneye gelene kadar çevrenizdeki kişilerden destek aldınız mı?

A) Evet ( Kim olduğunu belirtiniz.....)

B) Hayır

6) Hangi anestezi yöntemi uygulandı?

A) Genel anestezi B) Epidural anestezi C) Spinal anestezi

D) Uygulanmadı

7) Normal doğum yapmışsanız tabloyu doldurunuz.

|                | Uygulandı | Uygulanmadı |
|----------------|-----------|-------------|
| İndüksiyon     |           |             |
| Epizyotomi     |           |             |
| Vakum/ Forseps |           |             |



PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu

Sayı :60116787-020/21083  
Konu :Başvurunuz hk.

29/03/2017

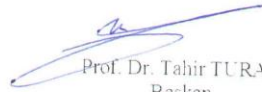
Sayın Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI

İlgi :06.03.2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Yapılandırılmış Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Tercihleri Üzerine Etkisi" konulu çalışmanız 28.03.2017 tarih ve 05 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan



T.C.  
DENİZLİ VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 23030800-771  
Konu : Araştırma İzni.(Ayşen TİL)

#### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 16/06/2017 tarihli ve 35121058 sayılı yazı

İlgi başvuru ile Sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI, yardımcı araştırmacılar Araş.Gör.Dr.Ayşen TİL tarafından yapılması planlanan "Yapılandırılmış Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Tercihleri Üzerine Etkisi" konulu çalışmaya yönelik olarak yapılmış oldukları başvuru Müdürlüğümüz Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu Toplantısında incelenmiştir.

Çalışmanın yapılması komisyon tarafından yönerge doğrultusunda uygun görülmüş olup, ilgili araştırmacılar tarafından üç ayda bir araştırmanın durumunu bildiren raporun ve tamamlanan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi, ilgili kişilere yazının tebliği ayrıca Pamukkale Toplum Sağlığı Merkezince tüm aile sağlığı merkezlerine bilgi verilmesi için;

Gereğini rica ederim.

Ne-imzalıdır.  
Dr. Veli KILINÇARSLAN  
Halk Sağlığı Müdürü

**EKLER:**  
-Araştırma İzni Komisyon Kararı.

**DAĞITIM:**  
-Pamukkale Üniversitesi Rektörlüğü  
-Denizli Pamukkale H. Cafer Özer Toplum Sağlığı Merkezi

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şubesi  
Merkezefendi/Denizli  
Faks No:0 258 2426195

e-Posta:Mine.Dalkiran@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Ebe Mine DALKIRAN Tel:0 258 2650222/(5147). Fax:0 258 2426195 E-posta:hem20.aku@saglik.gov.tr

Bilgi için: Mine DALKIRAN

Unvan: EBE

Telefon No: 5326052775