



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SON TRİMESTİRDEKİ GEBELERİN DOĞUM TUTUMUNUN  
KARŞILAŞTIRILMASI: İKİ ŞEHİR ÖRNEĞİ**

HAVVA ARTUVAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURSEN BOLSOY

MANİSA-2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SON TRİMESTİRDEKİ GEBELERİN DOĞUM TUTUMUNUN  
KARŞILAŞTIRILMASI: İKİ ŞEHİR ÖRNEĞİ**

HAVVA ARTUVAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANABİLİM DALI

Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Dr. Öğr. Üyesi Seval CAMBAZ ULAŞ

(Tez Danışmanı)

(Jüri Üyesi)

(Jüri Üyesi)

## **BEYAN**

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

**Havva ARTUVAN**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tım aőamalarında bilgi ve deneyimleriyle bana ıőık tutan, beni her anlamda destekleyen değerli hocam ve danıőmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN'e, Dr. Öğr. Üyesi Seval CANBAZ ULAŞ'a, tez savunma jürimde yer alarak bana katkı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Oya KAVLAK'a, Ebelik Ana Bilim Dalındaki tım hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tım gebelere,

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili eőim Şahin ARTUVAN'a çocuklarıma ve aileme TEŞEKKÜR EDERİM.

Havva ARTUVAN  
Manisa, 2018

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>BEYAN</b>	i.
<b>TEŞEKKÜR</b>	ii.
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii.
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	iv.
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	v.
<b>RESİMLER DİZİNİ</b>	vi.
<b>KISALTMALAR</b>	vii.
<b>ÖZET</b>	1
<b>ABSTRACT</b>	3
<b>1. GİRİŞ</b>	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	7
2.1. DOĞUM	7
2.1.1. Normal Doğum Eylemi	7
2.1.2. Riskli Doğum Eylemi	8
2.1.2.1. Fonksiyonel distosiler	9
2.1.2.2. Fetüse İlişkin distosiler	9
2.1.2.3. Doğum yoluna ilişkin distosiler	9
2.1.2.4. Annenin psikolojisine ilişkin distosiler	10
2.2. DOĞUM EYLEMİNE YÖNELİK GİRİŞİMLER	12
2.2.1. İndüksiyon	12
2.2.2. Epizyotomi	13
2.2.3. Forseps	13
2.2.4. Vakum	14
2.2.5. Sezaryen	15
2.2.5.1. Dünya’da ve Türkiye’de sezaryen	17
2.3. DOĞUM TUTUMU	21
2.3.1. Doğum Korkusu	21

2.3.1.1.Doğum korkusu çeşitleri	21
2.3.1.2.Doğum korkusunun nedenleri	23
2.3.1.3.Doğum korkusunun olumsuz yönleri	25
2.3.1.4.Doğum korkusunun azaltılmasındaki yöntemler	25
2.3.1.5.Ebelik Yaklaşımı	26
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>28</b>
3.1.Araştırmanın Amacı	28
3.2.Araştırmanın Tipi	28
3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	28
3.5.Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri	29
3.6.Araştırmanın Değişkenleri	29
3.7.Araştırma Soruları	29
3.8.Veri Toplama Araçları	30
3.8.1. Gebe Tanıtım Formu	30
3.8.2. Doğum tutum ölçeği	30
3.9. Veri Toplama Yöntemi	30
3.10. Verilerin Analizi	30
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.12. Araştırmanın Etik Boyutu	31
<b>4. BULGULAR</b>	<b>32</b>
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>52</b>
5.1.Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması	52
5.2.Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımına Göre Tartışılması	53
5.3.Gebelerin Destek Alma Durumlarının Tartışılması	55
5.4.Doğum Tutum Ölçeğinin Tartışılması	56

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	60
6.1. Sonuç	60
6.2. Öneriler	61
<b>7. KAYNAKLAR</b>	62
<b>8. EKLER</b>	74
EK 1 Gebe Tanıtım Formu	74
EK 2 Doğum Tutum Ölçeği	76
EK 3 Ölçek Kullanım İzni	77
EK 4 Etik Kurul Onay Formu	78
EK 5 Manisa Kamu Hastaneler Birliği İzin Formu	79
EK 6 Malatya Kamu Hastaneler Birliği İzin Formu	80
<b>9.ÖZGEÇMİŞ</b>	81

## TABLolar DİZİNİ

**Tablo 1.** Maternal ve fetal indüksiyon endikasyonları

**Tablo 2.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Yapılan Doğumların Sezaryen ve Primer Sezaryen Oranları

**Tablo 3.** Yıllara Göre Sezaryen ve Primer Sezaryenlerin Tüm Doğumlar İçindeki Payı

**Tablo 4.** Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 5.** Eşlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 6.** Gebelerin Evlilik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 7.** Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 8.** Gebelerin Destek Alma Durumlarının Dağılımı

**Tablo 9.** Doğum Tutum Ölçeğinin Puan Ortalamalarının İki Şehir Arasındaki Karşılaştırılması

**Tablo 10.** Doğum Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Tablosu

**Tablo 11.** Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri, Puan Ortalamaları ve Etkileyen Faktörler



## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 1.**Seçilmiş OECD Ülkelerinde Her 100 Canlı Doğum Başına Sezaryen Oranı

**Şekil 2.**Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması

**Şekil 3.**Yıllara göre sezaryen doğum hızının değişimi; 1993-2013 yılı

**Şekil 4.**Bölgelere Göre Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı; 2002, 2014



## RESİMLER DİZİNİ

**Resim 1:** Normal doğum

**Resim 2:** Membran sıyırma

**Resim 3:** Amniyotomi

**Resim 4:** İntravenöz oksitosin

**Resim 5:** Epizyotomi

**Resim 6:** Forseps

**Resim 7:** Vakum

**Resim 8:** Sezaryen doğum

## **KISALTMALAR**

**DÖB:** Doğum Öncesi Bakım

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**OECD:** Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**TDH:** Toplam Doğurganlık Hızı

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**TAYA:** Türkiye Aile Yapısı Araştırması

## ÖZET

### SON TRİMESTİRDEKİ GEBELERİN DOĞUM TUTUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI: İKİ ŞEHİR ÖRNEĞİ

**Havva ARTUVAN**

**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY**

**Ebelik Anabilim Dalı**

**Amaç:** Bu çalışma ile son trimestirdeki gebelerin doğum tutumlarının, etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve iki şehir örneği ile bölgesel olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Manisa ve Malatya İllerindeki iki Kamu Hastanesindeki son trimestirdeki gebelerle yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Manisa ve Malatya Kamu Hastanelerindeki 2014 yılı toplam canlı doğum sayısı N: 9452 (Manisa: 3128, Malatya: 6324), örnekleme 370 (Manisa: 123, Malatya: 247) gebe oluşturmuştur.

**Bulgular:** Gebelerin yaş ortalaması Manisa’da  $25,56 \pm 4,86$ , Malatya’da  $24,96 \pm 4,30$ , her iki şehirde de gebelerin çoğunluğunun normal doğumu tercih ettikleri, doğum yapmak için Malatya’daki gebelerin Manisa’dakilerden daha fazla oranda doğum evini, Manisa’dakilerin Malatya’dakilerden daha fazla oranda özel hastaneyi tercih ettikleri belirlenmiştir. Malatya’daki gebelerin doğum tutum ölçeği puan ortalaması Manisa’dakilerden daha yüksektir (Manisa:  $34,78 \pm 10,76$ , Malatya:  $37,51 \pm 9,82$ ), ( $p=0,01$ ). Her iki şehirde de gebelik haftası 36 ve üzeri, gebelik yaşı ileri, geliri giderden az, çekirdek aile yapısında olan gebelerin doğum tutum ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Doğum tutum ölçeği puan ortalaması doğumunu nerede yapacağına henüz karar vermemiş olanların en yüksek, özel hastanede yapacak olanların en düşük olarak belirlenmiştir.

**Sonuç:** Doğumunu nerede yapacağına ve kimin yaptıracağına henüz karar vermemiş olanların doğum korkularının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Primipar gebelerin sosyo-demografik değişkenleri dışında doğum korkusunu etkileyen en önemli

faktörün doğum sürecine yönelik bilinmezlikleri ve karar verme sürecine katılamamaları şeklinde yorumlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, Doğum tutumu, Doğum korkusu



## ABSTRACT

### COMPARISON OF THE ATTITUDES OF PREGNANT WOMEN IN THE LAST TRIMESTER TOWARDS DELIVERY: EXAMPLES FROM TWO CITIES

**Havva ARTUVAN**

**Supervisor: Assist. Prof. Nursen BOLSOY**

**Midwifery Department**

**Objective:** The aim of this study was to determine the birth attitudes of pregnant women at the last trimester, and the factors affecting them and to make a regional comparison by two sample cities.

**Material and method:** This descriptive study was conducted in two public hospitals in Manisa and Malatya provinces with pregnant women in the last trimester. The research universe consisted of all live births in Manisa and Malatya public hospitals in 2014 (Manisa: 3128, Malatya: 6324; Total: 9452) and the sample consisted of 370 pregnant women (Manisa: 123, Malatya: 247).

**Results:** The mean age of the pregnant women was  $25,56 \pm 4,86$  in Manisa and  $24,96 \pm 4,30$  in Malatya. Most of the pregnant women in both cities preferred normal birth. Pregnant women in Malatya preferred more commonly maternity hospital than pregnant women in Manisa. Pregnant women in Manisa preferred private hospitals more commonly than pregnant women in Malatya. The mean Birth Attitude Scale score of pregnant women in Malatya was higher than in Manisa (Manisa:  $34,78 \pm 10,76$ , Malatya:  $37,51 \pm 9,82$ ) ( $p = 0,01$ ) In both cities the mean Birth Attitude Scale scores were higher in pregnant women who are at or above 36th gestational week, have advanced pregnancy age, have income lower than expenditure and have nuclear family structure. The mean Birth Attitude Scale score was the highest in the pregnant who have not decided where to give birth and was the lowest in the pregnant who decided to give birth at a private hospital.

**Conclusion:** Birth fear was higher for pregnant women who have not decided where to give birth and who will help labor. Apart from socio-demographic variables, the

most important factors that affect fear of childbirth in primipar women were uncertainties about the birth process and their inability to participate in the decision-making process.

**Key Words:** Birth, Birth Attitude, Fear of Birth



# 1. GİRİŞ

Gebelik kadında yeni rol ve sorumluluk oluştururken toplumda neslin devamının sağlanması ve aile kavramının oluşmasını sağlamaktadır (Kuğu ve Akyüz 2001; Sayiner ve Özerdoğan 2009). Kadın için yaşam dönemi krizi olarak tanımlanan gebelik; fizyolojik, psikolojik, sosyolojik karmaşanın yaşandığı bir süreçtir (Mermer ve ark. 2010; Dağlar ve Nur 2014).

Gebelik, kadının yaşamında kaygı verici ve stres yaratan bir geçiş dönemi iken doğum, yaşamın parçası, sonucu bilinmeyen, sancılı, anne ve bebek için önemli risk taşıyan bir süreçtir (Subaşı ve ark. 2013). İlk iki trimesterde karmaşık duygular yaşayan gebe üçüncü trimesterde doğumun yaklaşması ile birlikte doğumdan korkmaya başlar (Demirsoy ve Aksu 2015). Alan yazında her kadının doğum korkusu yaşadığı üçüncü trimestirden itibaren korkunun arttığı belirtilmektedir (Dönmez ve ark. 2014).

Doğum korkusunu etkileyen faktörler; obstetrik, psikososyal ve sosyo-demografik olarak sıralanmaktadır (Aksoy 2015; Uçar ve Gölbaşı 2015; Aksay ve ark. 2017). Kadının gebeliğe uyum sürecini, yaşama bakış açısı, eğitim düzeyi, anneliğe hazır oluşu, kişisel deneyimleri, ailedeki diğer çocuk sayısı, ailedeki diğer bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailenin sosyal ekonomik yapısı gibi etkenler etkilemektedir (Taşçı Duran ve Ünsal Atan 2011; Demirbaş ve ark. 2014). Bu faktörlerin dışında gebenin aldığı sosyal ve tıbbi destek, bakım aldığı sağlık ekibine olan güveni de doğum korkuları içinde önemli bir yer tutmaktadır (Güleç ve ark. 2014; Aksay 2017). Doğum korkusu multiparlarda daha çok geçmişte yaşanmış olumsuz deneyimler nedeniyle olurken, primiparlarda bilinmeyenden kaynaklanmaktadır (Uçar ve Gölbaşı 2015).

Tüm bunların yanında, gebelik ve doğum süreci toplumlar ve ülkeler arasında farklılık gösterirken, aynı ülke ve toplum içerisinde de bölgesel farklılıklar göstermektedir (Yanikkerem ve ark. 2010). Türkiye, farklı coğrafi bölgelerden oluşan ve farklı kültürlerin yaşadığı büyük bir ülkedir. Bu nedenle gebelik ve doğum süreçlerine ait uygulamalarda farklılıklar görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık



Araştırma (TNSA) bize Toplam Doğurganlık Hızında (TDH); yerleşim yeri, eğitim durumu, bölge ve hane halkı refah seviyesine göre farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bölgeler arası farkın göstergesi olarak TDH Doğu Anadolu Bölgesinde %3,41 iken Ege Bölgesinde %1,93'dir (TNSA 2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 analizlerine göre Türkiye'deki sezaryen doğumların tüm doğumlara oranı % 48 iken Malatya'yı içeren Ortadoğu Anadolu Bölgesinde % 31, Manisa'yı içeren Ege Bölgesinde % 57'dir (Sağlık Bakanlığı 2015). Bölgesel istatistikler bu kadar farklı iken farklı bölgelerde yaşayan kadınların doğum tutumlarının ve etkileyen faktörlerin de farklı olacağı düşünülmüştür. Ülkenin doğusunda ve batısında yer alan, toplam doğurganlık hızları ve sezaryen doğum oranları en düşük ve en yüksek olan iki bölgedeki iki şehirde yaşayan kadınların doğum tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinin durumu analiz etmek ve sunulacak hizmeti planlamak açısından önem arz etmektedir. Alan yazın incelendiğinde birçok araştırma ve veriye ulaşılma ile birlikte gebelerin doğum tutumlarını ve etkileyen faktörleri karşılaştıran bir çalışmaya ulaşılammıştır.

Bu araştırma gebelerin doğum tutumlarını ve etkileyen faktörleri iki şehir örneği ile incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. DOĞUM

Doğum, kadının rolü ve sorumluluğunda derin ve kalıcı değişikliklerle sonuçlanan yaşamsal bir olaydır (Brand ve Brennan 2009). Üreme sürecinin en heyecanlı bölümüdür. Yaşam mucizesinde önemli, kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir (Rathfisch 2012; Kömürçü 2014).

Normal doğum eylemi; son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerin uterusdan dış ortama atıldığı bir süreçtir (Taşkın 2012). Dünya sağlık örgütüne (DSÖ) göre normal doğum; 37 ve 42'nci gebelik haftasında kendiliğinden, fetüsün tek, verteks pozisyonunda olduğu ve süreçte anne ve bebeğin iyi izlenmesi ile iyilik durumlarının devamının sağlanması olarak tanımlanır (Kömürçü 2014; Aytekin Aydın 2016).

Doğum eylemi; doğum eyleminin sonucuna göre normal doğum eylemi ve riskli doğum eylemi olmak üzere ikiye ayrılır (Taşkın 2012).

#### 2.1.1. Normal Doğum Eylemi

Düzenli olarak gelip giden uterus kontraksiyonlarına eşlik eden serviksın silinme, dilatasyonu ile fetüs ve eklerin atılma sürecine normal doğum eylemi denir (Karakuş 2007; Topçu Özer 2011).



Resim 1: Normal doğum. Kaynak: <https://www.otajinemedhastanesi.com/normal-dogumdan-sezaryene-gecis/> (Erişim tarihi: 01.08.2018).

Eylemin normal doğum olabilmesi için;

- Gebeliğin miad gebelik olması,
- Müdahalesiz kendiliğinden olması,
- Canlı ve tek fetüs olması,
- Pozisyonun vertex olması,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- Sağlıklı anne ve sağlıklı bir fetüsün varlığı ile olması gerekir (Taşkın 2012; Şirin ve Kavlak 2015).

### **2.1.2. Riskli Doğum Eylemi**

Doğum eylemi dört ana faktörün ahenkli bir şekilde işleyişi ile uyum gerektiren kompleks bir süreçtir (Chapman ve Charles 2018). Bu faktörler 4P olarak sınıflanır. Bunlar;

- Power: Doğum kontraksiyonları (Güç)
- Passenger: Doğum objesi (fetüs ve ekler)
- Passageway: Doğum kanalı (Pelvis ve yumuşak dokular)
- Psyche: Annenin psikolojik durumu (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

Stres hormonlarını modüle eden Simkin ve Anchetaek 'pain' ağrı olgusunu doğum eylemi faktörleri arasında kabul etmişlerdir (Romano ve Lothian 2007). Doğum eyleminin uyumlu işleyişin bozulması durumunda (distosi) riskli doğum eylemi gelişir (Şirin ve Kavlak 2015).

#### **2.1.2.1.Fonksiyonel distosiler**

Doğum eyleminin gerçekleşmesinde etkin birincil güç, uterus kontraksiyonlardır. Uterus kontraksiyonlarının gücü, ritmi, sıklığı, süresi fetüsün doğum kanalı boyunca ilerleyebilmesi bakımından önemlidir (Rathfisch 2015). Uterus kontraksiyonları;

- Çoğul gebelik, polihidroamnios, iri fetüs,
- Sefolopelvik uyumsuzluk,

- Aşırı sedatif kullanımı,
- Anestezinin doğum başlamadan kullanımı,
- Sarkık karın,
- Mesane ve rektumun boşaltılmaması,
- Uzun süren kontraksiyonlar (yorgun uterus) gibi nedenlerle distosilere neden olmaktadır (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

### **2.1.2.2.Fetüse ilişkin distosiler**

Fetüs pelvisine göre uygun ölçülerde ve pelvisten aşağı inebilmek için uygun pozisyonda olmalıdır (Seller 2012). Fetüsün;

- Fetopelvik ve sefalopelvik uyumsuzluğu (büyük fetüs ve hidrosefali),
- Malprezantasyon (prezantasyon bozukluğu),
- Malpozisyon (pozisyon bozukluğu) durumunda distosiye neden olmaktadır (Seller 2012).

### **2.1.2.3. Doğum yoluna ilişkin distosiler**

Doğum yoluna ilişkin distosiler kemik pelvis ve yumuşak doğum yolu kaynaklı olabilir (Rathfisch 2015). Pelvik distosi fetüsün kemik pelvisine giremediği ya da inemediği durumlardır. Pelvisin çapının dar olmasından kaynaklanmaktadır. Pelvis darlığı girimde, orta pelviste ve çıkımda olmak üzere üç tiptedir. Boyu 1.50 cm'den kısa olan kadınlarda, vücut iskelet yapısında malformasyonu olan kadınlarda, pelvisine yakın kifoz, skolyozu olan kadınlarda sık görülmektedir (Taşkın 2012).

Pelvisteki yumuşak dokulara ait distosiler ise vajinal septum, vajinal darlık, vajen ve serviks atrofisi ve stenozlarıdır. Karındaki rekti kasının yırtılmasına bağlı karın duvarının gevşemesi buna bağlı uterusun antefleksiyon durumuna geçmesi kontraksiyonların alt segmente ulaşmasını önler ve dilatasyon gecikir. Böylece distosi gelişir. Ayrıca uterustaki myomlar doğum yolunu tıkayarak eylemi güçleştirebilir (Karaman ve Yıldız 2018).

#### 2.1.2.4. Annenin psikolojisine ilişkin distosiler

Doğum, yaşam içinde önemli, kadın için bilinmeyenlerle dolu bir psiko-sosyal bir süreçtir (Taşçı Duran ve Ünsal Atan 2011; Körükçü ve ark. 2017). Doğum sürecinde her bir kadın için stres yaratan faktörler farklılık gösterir (Uçar ve Gölbaşı 2015; Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017). Herhangi bir deneyimi olmayan primiparlar bilinmezliklerden kaynaklı stres yaşarken, önceden deneyim sahibi olan multiparlar ise yeni olan doğumun ne getireceği kaygısı yaşarlar (Şahin Büyük 2017). Kontraksiyon sebebi ile oluşan ağrı, yatağa bağımlılık, hareket kısıtlılığı, yetersiz sosyal destek (eş, aile, ebe) tüm kadınlar için ortak stres kaynağıdır (Yıldız 2011). Doğum sırasında kaygıya bağlı anksiyete yaşayan gebede oksitosin hormonu salınımı azalır, adrenal hormonu seviyesi artar. Bu nedenle uterus kontraksiyonları düzensiz ve etkisiz hal alarak doğum eylemi uzar ve zorlaşır. Endorfin hormonu salınımı azalan gebe daha çok ağrı hisseder (Mete 2013). Böylece doğum eylemi kısır döngüye girer ve yüksek riskli eyleme dönüşür (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017; Mete 2013). Yüksek riskli doğum eyleminde;

- Problemin algılanması,
- Baş etme mekanizmaları,
- Destek sistemleri,
- Korku,
- Anksiyete,
- Benlik imgesi,
- Doğuma hazır oluşluk annenin psikolojisini etkiler (Taşkın 2012).

**Problemin algılanması:** Doğum eyleminde herhangi bir komplikasyon geliştiğinde her gebenin gösterdiği tutumun farklı olması durumudur (Taşkın 2012; Elkin 2015).

**Baş etme mekanizmaları:** Gebenin doğum eyleminde kendi stresini ele alıp tedavi etmek için geliştirdiği davranış biçimi baş etme mekanizmasıdır (Dağlar ve Nur 2014; Elkin 2015). Bu davranış biçimleri yapıcı ve yıkıcı olarak ikiye ayrılır (Taşkın 2012).

Yapıcı baş etme çözüm odaklıdır. Beklenen orta düzeyde anksiyete, ağlama, uyuma, yürüme gibi davranışlarla kendini gösterir. Gebenin bu davranışları stresle

baş etmesini sağlar. Anksiyetenin artması sonucu ise; inkar, kaçınma, yansıtma, bastırma davranışları görülür, bu da yıkıcı baş etme mekanizmasıdır. Birey bu davranışlar sonucu kendini değersiz ve yetersiz hisseder ( Demirsoy ve Aksu 2015).

**Destek sistemleri:** Gebenin destek sistemini; gebenin eşi, ailesi ve arkadaşları oluşturmaktadır. (Şahin ve ark. 2009; Yıldız 2011). Doğum sırasında gebeye destek olabilecek bir bireyin olması gebe için çok önemli bir durumdur. Bazı özel kliniklerde ve anne dostu hastanelerde gebenin istediği kişilerin doğum sırasında yanlarına alınması sağlanmaktadır. Bu durum gebenin kendini güçlü hissetmesine ve yaşadığı durum ile güçlü baş etmesini sağlamaktadır (Taşkın 2012; Mete 2013;Körükçü ve ark. 2017).

**Korku:** Doğum eylemi sırasında bütün kadınlarda gelişen; doğum sürecinden, doğum ağrısından, öleceğinden veya bebeğin zarar görebileceğinden kaynaklanan tutumdur (Demirsoy ve Aksu 2015; Körükçü ve ark. 2017).

**Aksiyete:** Doğum eylemine karşı bilinmeyen, yaşanan olumsuz deneyimler sonucu oluşan negatif tutumlar, ebe ve sağlık çalışanlarına karşı güvensizlik gebede korku ve anksiyete yaratır (Demirsoy ve Aksu 2015; Uçar ve Gölbaşı 2015).

**Benlik imgesi:** Gebede bazı kişilik özellikleri (düşük benlik saygısı, genel anksiyete vb.) ve sosyo- kültürel durumu (Uçar ve Gölbaşı 2015) gebenin doğuma bakış açısını pozitif ya da negatif yönde etkiler. Gebe doğum eylemine gerçekçi bir anlayışla yaklaşıyorsa pozitif benlik imgesi oluşurken eylemi başaramayacağı düşüncesi negatif benlik anlayışını oluşturur (Taşkın 2012).

**Doğuma hazır olma durumu:** Doğum olayına eşlerin fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanması; anne adayının baş etme yöntemlerini kullanmasına, stres ve anksiyete yaşamadan olumlu tutum geliştirmesine yardımcı olur (Chapman ve Charles 2018).

## 2.2. DOĞUM EYLEMİNE YÖNELİK GİRİŞİMLER

### 2.2.1. İndüksiyon

Uterotonik ajanlarla uterus kaslarının kontraksiyonunun sağlanması işlemidir. Maternal veya fetal kar/zarar ilişkisi yapılarak doğumun gerçekleşmesi, gebeliğin devamından daha yararlı ise doğum indüksiyonu yapılır (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

**Tablo 1. Maternal ve fetal indüksiyon endikasyonları**

Maternal Yarar	Fetal Yarar
Membranların eylem başlamadan açılması	Postterm gebelik
Preeklamsi	İntrauterinfetal ölüm
Polihidroamniyos	İntrauterin gelişme geriliği
Antepartum kanama	Oligohidroamnios
Elektif (isteğe bağlı)	Maternal diyabet
	Karyoamniyonit
	İzoimmunizasyon

Kaynak: Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017 s: 277



Resim 2:Membran sıyırma

Resim 3: Amniyotomi

Resim 4: İntravenöz oksitosin

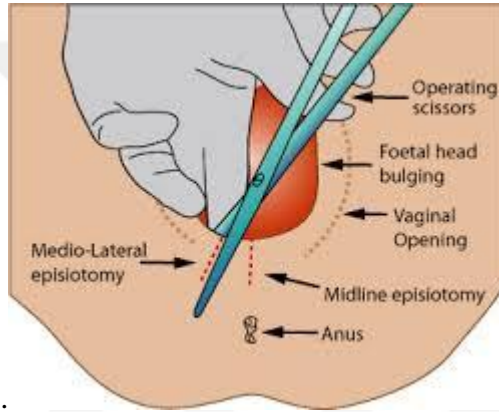
- 2) [http://www.saglikpark.com/yazdir/bebeginizi\\_nerede\\_doguracaginiza\\_karar\\_vermek.htm](http://www.saglikpark.com/yazdir/bebeginizi_nerede_doguracaginiza_karar_vermek.htm) (Erişim tarihi: 02.08.2018).
- 3) [http://tr.med-directory.com/amniotomiya\\_default.htm](http://tr.med-directory.com/amniotomiya_default.htm) (Erişim Tarihi: 02.08.2018).
- 4) <https://www.anneysen.com/anne-bloglari/suni-sanci> (Erişim tarihi: 02.08.2018).

İndüksiyon yöntemleri; membran sıyırma, amniyotomi, intravenöz oksitosin şeklinde yapılmaktadır. Membran sıyırma amnion kesesinin elle uterus duvarından

membranların sıyrılması ile doğumun başlatılması, amniyotomi membranların suni olarak açılması, intravenöz oksitosinin infüzyon şeklinde verilerek uterus üzerinde suni kasılma yaratılmasıdır (Şirin ve Kavlak 2015).

### 2.2.2. Epizyotomi

Vajinal çıkışın genişletilerek doğumun kolaylaştırılmasını sağlamak amacıyla perinede bulbo-kavernos kasına yapılan cerrahi insizyondur (Kızılırmak 2011). Epizyotomi medianepizyotomi ve mediolateral epizyotomi olmak üzere iki şekilde yapılır (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).



**Resim 5:** Epizyotomi

**Kaynak:** <http://jinekoloji.com/epizyotomi-nedir> (Erişim tarihi: 02.08.2018)

Epizyotominin uygulandığı durumlar;

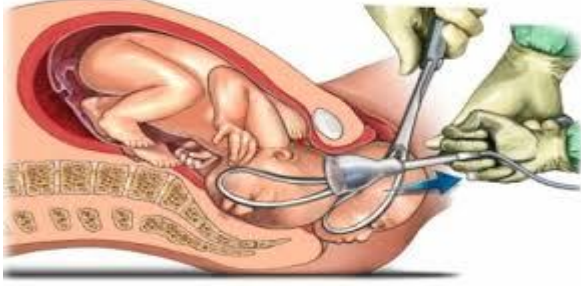
- Rijit perinede,
- Fetüs çok iri ise,
- Pozisyon ve prezantasyon bozukluklarında,
- Gelen kısım perineye dayanmasına rağmen 5 dakika içinde doğum olmamışsa,
- Forseps ve vakum uygulamalarıdır (Kızılırmak 2011).

### 2.2.3. Forseps

Obstetrik forseps ön uçları eğimli yüz yüze bakan iki kürek şekline benzeyen alet ile fetüsün doğum kanalından çıkarılması için tasarlanmıştır (Gelişen ve Dur



2008; Topçu Özer 2011; Şirin ve Kavlak 2015; Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017). Ülkemizde son yıllarda kullanımını azalmıştır (Topçu Özer 2011).



**Resim 6:** Forseps

**Kaynak:** [https://www.webanne.com/dogumda\\_forseps\\_kullanilmasi.html](https://www.webanne.com/dogumda_forseps_kullanilmasi.html) (Erişim tarihi: 01.08.2018).

Uygulandığı durumlar;

- Doğum yolunda oluşan engellerde,
- Uterus ontraksiyonları yetersizliği ve annenin ıkınma gücü zayıflığında,
- Eklemside,
- Annenin kronik hastalıklarında,
- Gebelik psikozunda,
- Fetal intrauterin asfiksi, fetaldistress, baş pelvis uygunsuzluğu fetüsün intrauterin risk taşıdığı durumlarda uygulanır (Taşkın 2012).

#### 2.2.4. Vakum

Doğum eyleminin ikinci evresinin uzaması durumunda fetal başa vakum aleti ile traksiyon uygulanarak ve fetusun pelvisten hızlı geçmesi sağlanan uygulamadır (Karakuş ve ark. 2014).



**Resim 7:** Vakum

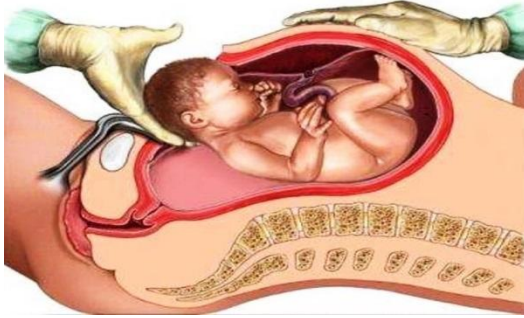
**Kaynak:** [https://www.webanne.com/vakumlu\\_dogum.html](https://www.webanne.com/vakumlu_dogum.html) (Erişim tarihi: 01.08.2018).

Uygulandığı durumlar;

- Doğumun 2. evresinin uzaması
- Güven vermeyen fetal testlerin varlığı,
- Maternal nörolojik ve kardiyovasküler hastalık varlığında 2. evreyi kısaltmak için,
- Maternal bitkinlik ve yorgunluk durumunda uygulanır (Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

### 2.2.5. Sezaryen

Vajinal doğumun sağlıklı tamamlanamaması durumunda, vajinal doğumda maternal veya fetal morbidite, mortalite riski varsa fetusun abdominal yolla uterus kavitesinden doğrultulması operasyondur (Guisse ve ark. 2010; Sağlık Bakanlığı 2010; Topçu Özer 2011). Sezaryen endikasyonları 3 ana başlık altında toplanmaktadır.



**Resim 8:** Sezaryen doğum

**Kaynak:** <https://www.netkadinlar.com/sezeryan-dogum.html> (Erişim tarihi: 01.08.2018).

#### **Maternal endikasyonlar;**

- Gebenin ileri yaşta olması,
- Daha önce geçirilmiş sezaryen doğum ya da jinekolojik operasyonlar,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu,
- Gebede sistemik hastalıklar (diyabet, maternal kalp hastalığı vb.),
- Yumuşak doku yolu ile ilgili sebepler (enfeksiyonlar, geçirilmiş operasyonlar, koterizasyon, konizasyona da rijit kollum vb.),
- Dinamik distosi;

- Pelvis darlığına bağlı gelişen distosiler,
- Uterus kontraksiyonuna bağlı gelişen distosiler,
- Fetal distosiler (Topçu Özer 2011; Börü 2016).

#### **Fetal endikasyonlar;**

- Prezentasyon anamolileri,
- Fetaldistress (kord prolapsusu veya prezentasyonu),
- Miad aşımı (42 hafta ),
- Fetal anamoliler (yapışık ikiz, hidrosefali, anensefali, down sendromu vb.),
- Çoğul gebelikler,
- Makrozomik bebekler (4000gr ve üzeri) (Topçu Özer 2011; Börü 2016).

#### **Sosyal endikasyonlar;**

Vajinal doğum korkusu ve annenin isteği olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır.

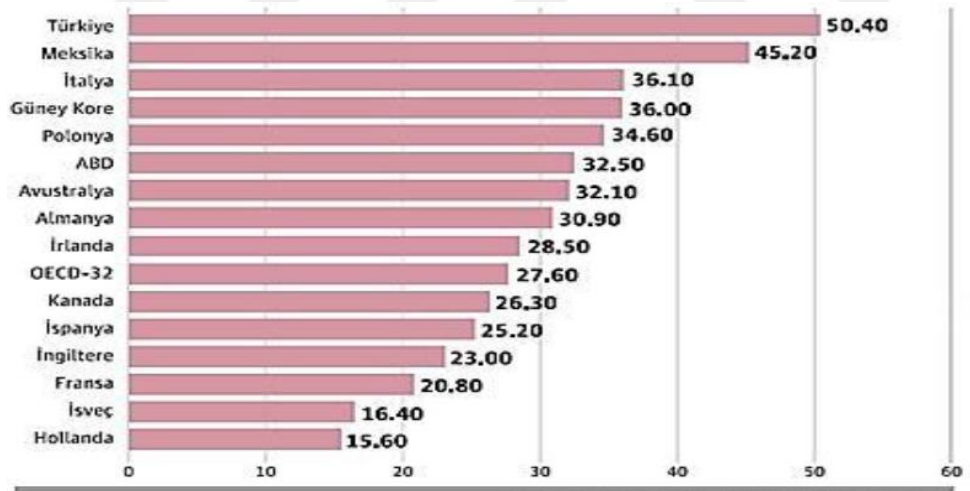
Vajinal doğum korkusu: Gebelikte son trimesterde çıkan ve psiko-sosyal sağlığı tehdit edici unsurlardan biri doğum korkusudur (Daloğlu 2012; Demirsoy ve Aksu 2015; Körükcü ve ark. 2017). Gebeler doğum sırasında acı ve ağrı çekmekten, doğum sürecinin bilinmezliğinden, panikleyip doğum yapamayacağından, anestezi almaktan, doğumun uzamasından, müdahalelerden (epizyotomi, vakum vb.), kendine zarar gelmesinden, acilen sezaryen doğuma alınmaktan; tansiyonun yükselmesi, fazla kanama, plasenta parçasının kalması gibi risklerden, doğum anında komplikasyon gelişmesinden ve yeterince ıkınıp nefes alamayacağından korkmaktadır (Dağlar ve Nur 2014; Körükcü ve ark. 2017; Karaman ve Yıldız 2018).

Annenin isteği: Kadınlar doğum şekline karar verme sürecinde birçok faktörden etkilenmektedir. Aile, sosyokültürel çevre, medya ve sağlık personeli tercihlerini belirlemelerinde şekillendirici olabilmektedir (Karabulutlu 2012). Aile ve kültürün etkisi ile bazı toplumlarda kadınlar daha çok çocuk sahibi olmak için normal doğumu tercih ederken (Çakmak 2014; Yüksel Yakut 2015); çalışan kadının önceki yıllara göre daha geç evlenmeleri ve daha geç yaşta gebe kalmaları, doğum sürecini

planlayabilmeleri, konforlu olduğunun düşünülmesi, hekimi ve kadını sezaryen doğuma yönlendirmektedir (Saoji 2011; Yüksel Yakut 2015; Demirsoy ve Aksu 2015). Özel hastaneler fiziksel konforu yüksek hizmet sunarak, basılı ve görsel yayın organlarını kullanarak gebeleri etkiledikleri düşünülmektedir.

### 2.2.5.1.Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen

Uluslararası sağlık toplumu 1985’ten beri ideal sezaryen oranlarının tüm doğumlar içinde % 10-15 olması gerektiğini belirtmektedir (DSÖ 2015). Ülkemizi içinde olduğu Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2015 verileri incelendiğinde; sezaryen oranının en az olan Kuzey Avrupa ülkeleri Norveç, Finlandiya, İzlanda, İsveç ve onları takiben İsrail ve Hollanda’dır (%15,0-%16,5 oranları arasında değişmektedir). Sezaryen oranı en yüksek ülke ise içinde bulunduğumuz Türkiye (%50,4) ve onu izleyen Meksika (%45,2) gelmektedir (OECD 2015). Ülkeler



**Şekil 1. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Her 100 Canlı Doğum Başına Sezaryen Oranı (%)**

Kaynak: OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris; 2015, s:115

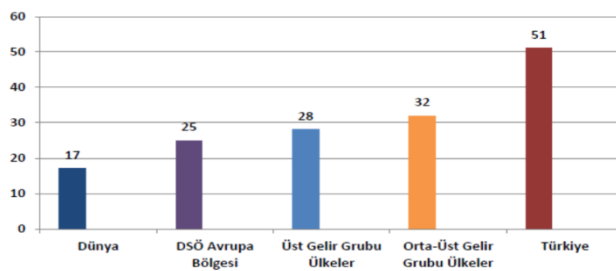
Sağlık İstatistiği Yıllığı 2014 yılı verilerine göre devlet hastanelerinde sezaryen ile doğum oranını %35,5, özel hastanelerde %69,5 ve üniversite hastanelerinde ise

%63,8 olarak belirlenirken tüm doğumların sezaryen doğumlara oranı %52,4 olup, 2010 yılı Sağlık İstatistiği Yıllığı verilerine göre 2014 yılında % 2,7 oranında artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı 2015). Ülkemizde her gelir düzeyine hizmet veren özel hastanelerin yaygınlaşması, sunulan konforlu hizmet maliyetini karşılayabilen kesim için olanak sunmaktadır. Özel hastanelerin artışı büyük şehirlerde daha çok belirgindir. Kentlerde yaşayan kadınlar (%52) arasında kırsal bölgelere (%36) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%32) hariç tüm bölgelerde %50 ve üzeridir (Sağlık Bakanlığı 2014).

**Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Yapılan Doğumların Sezaryen ve Primer Sezaryen Oranları (%)**

	Sezaryen Doğumların Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)					Primer Sezaryen Doğumların Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	40.2	36.8	35.3	36.0	35.5	22.4	17.6	15.4	15.5	15.0
<b>Üniversite Hastane</b>	65.2	65.9	62.6	63.0	63.8	38.4	37.4	33.6	32.6	32.4
<b>Özel Hastane</b>	63.7	66.6	66.2	67.9	69.5	36.3	38.3	37.3	38.4	39.6
<b>Toplam</b>	49.7	49.7	49.6	51.4	52.4	28.0	26.5	25.4	26.4	27.0

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara; 2015, s:63



**Şekil 2. Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması (%)**

**Kaynak:** World Health Organization. World Health Statistics 2015. World Health Organization, Luxembourg; 2015, s: 98.

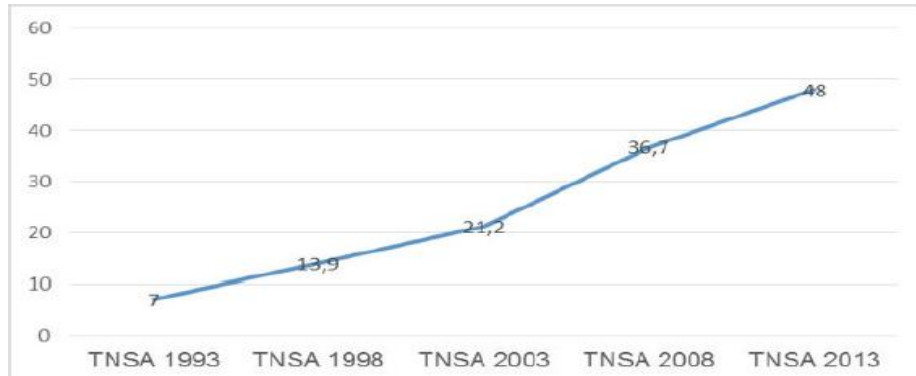
DSÖ'nün 2015 yılı verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranını dünya ortalaması %17, DSÖ Avrupa bölgesi ortalaması %25, üst gelir grubu ülkeler ortalaması %28, orta-üst gelir grubu ülkeler ortalaması ise %32, Türkiye %51'dir (DSÖ 2015).

**Tablo 3. Yıllara Göre Sezaryen ve Primer Sezaryenlerin Tüm Doğumlar İçindeki Payı**

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sezayen doğumların tüm doğumlar içindeki payı (%)	21.0	45.5	46.6	48.0	50.4	51.1
Primer sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı (%)	-	25.7	24.8	24.6	25.9	26.3

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara; 2015, s:62.

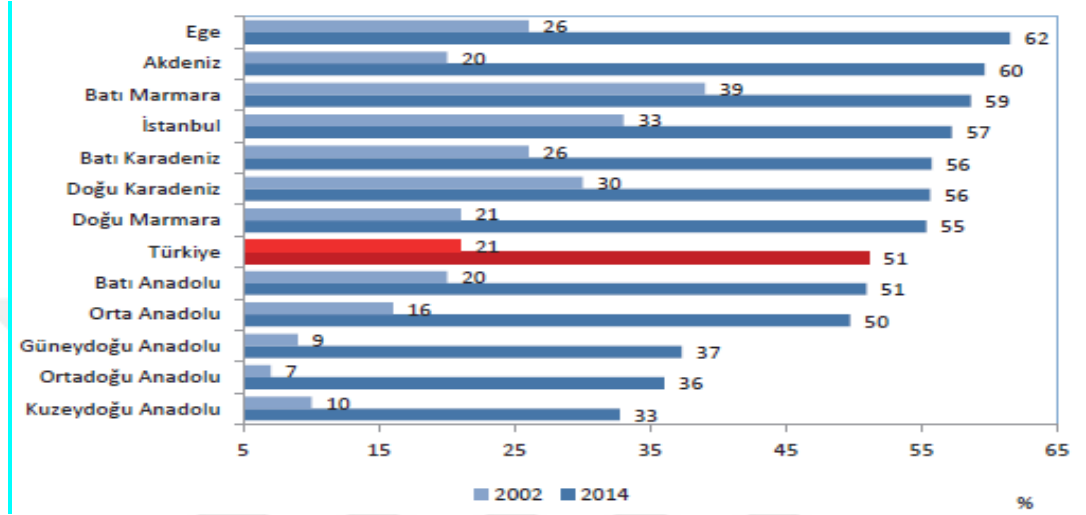
Sezaryen ile yapılan doğumlar dünyada ve ülkemizde en çok yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir. Sezaryen hızları ülkemizde yıllara göre giderek artmıştır. Sağlık istatistiği yayını 2002 yılı verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %21 iken, 2010'da %45,5, 2011'de %46,6, 2012'de %48,0, 2013'te %50,4, 2014'te %51,1 olarak hızlı artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı 2014).



**Şekil 3. Yıllara göre sezaryen doğum hızının değişimi; 1993-2013 yılı**

**Kaynak:** Karabel ve ark. (2017) Türkiye'de ve Dünya'da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri

TNSA 1993, 1998, 2003, 2008, 2013 verilerine baktığımızda Türkiye’de 1993 yılında %7 olan sezaryen oranının 2013 yılı verilerine göre %48’e yükseldiğini görülmektedir ( Karabel ve ark. 2017).



**Şekil 4. Bölgelere Göre Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı, (%) 2002, 2014**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara; 2015, s:63

Sezaryen doğum oranları ülkemizde bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Ülkemizin doğu ve batı bölgeleri arasında belirgin farklılık göze çarpmaktadır. Yerleşim yeri, bölge, eğitim durumu ve hane halkı refah düzeyine göre farklılıklar gösteren doğu kesiminde sezaryen oranları daha düşük seyrederken, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüksek, sağlık hizmetine ulaşımı kolay batı kesimlerinde bu oran yükselmektedir. Sağlık Bakanlığı 2014 yılı verilerine göre; Ege Bölgesi %62 ile Türkiye’de en fazla sezaryen oranına sahip bölgesi iken Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi %33 ile Türkiye’nin en az sezaryen oranına sahip bölgesidir. Bunu Ortadoğu Anadolu Bölgesi (%36) ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%37) izlemektedir (Sağlık Bakanlığı 2014).

## 2.3. DOĞUM TUTUMU

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre tutum belirli birtakım kişi, nesne ve olaylara karşı sürekli olarak aynı biçimde davranmamıza neden olan öğrenilmiş bir eğilim olarak tanımlanır (TDK Erişim tarihi: 05.05.2018). Doğum tutumu ise doğum eylemine karşı geliştirilen eğilim, duygu ve davranış biçimidir. İlk gebeliklerde (primipar) bilinmeyene karşı geliştirilen bu durum genellikle korku şeklini almaktadır (Kızılırmak 2011; Aksoy 2015). Korku bilinen ve seçilen tehde karşı gösterilen bir tepkidir (TDK). Korku; tüm insanlarda doğal, ortak ve evrensel bir duygu durumudur. Korku, insani bir duygudur, dolayısıyla her insanın korkması doğaldır (Çiçek ve Mete 2015; Uçar ve Gölbaşı 2015).

### 2.3.1. Doğum Korkusu (Tokofobi)

Yunanca' da tokos doğum, phobos korku anlamı taşımaktadır (Şahin ve ark. 2009; Kızılırmak 2011). Hofberg ve Brockington tarafından 2000 yılında tanımlanmıştır. Doğum korkusu kadının bebek istemesine rağmen gebelikten ve doğumdan kaçınması olarak tanımlanmaktadır (Alessandra ve Roberta 2013).

#### 2.3.1.1. Doğum korkusu çeşitleri

- Primer doğum korkusu
- Sekonder doğum korkusu
- Gebelikte depresif hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan doğum korkusu (Alessandra ve Roberta 2013; Öztürk 2014; Çamlı ve ark.2016).

**Primer doğum korkusu:** Ergenlik veya erken erişkinlik dönemlerinde ortaya çıkan gebe kalınmadan önce başlamış olan doğum korkusudur (Öztürk 2014; Çamlı ve ark. 2016). Kadın, doğum korkusu sebebiyle gebelikten kaçınabilir (Öztürk 2014). Primer doğum korkusu olan kadın gebe olsa bile bebeği istediği halde doğum korkusu nedeniyle gebeliği sonlandırabilir ya da doktorundan elektif sezaryen talep edebilir (Striebich ve ark. 2018; Birgitta ve ark. 2016) Primer doğum korkusu ile baş etmek oldukça zor olduğu için, bu kadınlar çocuksuz olarak kalmayı ya da evlat edinmeyi de tercih edebilmektedir (Kızılırmak 2014). Primer doğum korkusunu oluşturan



unsurlar; kültür, anksiyete teorisi, travma ve cinsel istismardır (Kızılırmak 2014; Çamlı ve ark. 2016).

**Kültür:** Doğum korkusu nesilden nesile aktarılabılır. Annenin ya da yakınlarının yaşadığı olumsuz deneyimler ikinci nesillere aktarılabılır ya da kalımsal geçişli olarak üreme adaptasyonları anneye benzer (Hofberg ve Ward 2004).

**Anksiyete:** Korku aynı zamanda kaçmaya cevaptır. Korkutucu deneyimler, diğer insanların korkuya verdikleri yanıtlara tanık olmak ya da başkaları tarafından verilen tavsiyeler yoluyla öğrenilebilir. Kadınların sürekli korkularının merkezini yakında ya da gelecekteki doğum sırasında ne olacağı hakkındaki kaygıları oluşturur (Kızılırmak 2014).

**Travma ve cinsel istismar:** Ergenlik öncesinde cinsel tacize uğramış kadınların %12'sinde doğum korkusu geliştiği belirtilmektedir. Çocukluk döneminde yaşanmış cinsel istismar öyküsü olanlarda, obstetrik takipler (papsmear) ya da obstetrik bakım almak üzere jinekolojik muayenede isteksizlik (tikinti, engelleme, kaçış) görülebilir. Vajinal doğum, travmaya ve hatta vajinal doğum düşüncesi bile stres yaratan anların yeniden canlanmasına neden olabilir. Bu durum, kadının anne olmayı istemesine karşın, doğum korkusu yaşamasına ve doğumdan kaçmasına yol açabilir (Hofberg 2003; Kitapçolu ve ark. 2008).

**Sekonder doğum korkusu:** Sekonder doğum korkusunun primer doğum korkusundan farkı ikincil travmatik bir obstetrik olaydan sonra meydana gelmesidir. Bu travmatik obstetrik olayın en tipik şekli travmatik doğum eylemidir. Fakat düşük yapma, ölü fetüs, bazen normal doğum ya da gebeliğin sonlandırılmasını takip eden dönemde kadın için travmatik olabilir (Kızılırmak 2014; Uçar ve Gölbaşı 2015).

**Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki doğum korkusu:** Prenatal dönemde yaşanan depresyon, daha nadir bir şekilde kendisini doğum korkusuyla birlikte gösterebilir. Nadir olarak bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak yoğun doğum korkusu ve doğumdan kaçınma davranışı gösterebilir. Bu gibi vakalarda kadın, sürekli olarak bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünür (Alessandra ve Roberta 2013; Uçar ve Gölbaşı 2015).

Doğum ilk kez anne olacak gebe tarafından merak uyandıran bir olaydır. Primiparlar olayın nasıl gerçekleşeceğini düşünürken, multiparlar ise yeni doğumun ne getireceğini düşünürler (Hofberg 2003). Doğum eylemi ve sonuç çoğu zaman anne adayları için pozitif bir durum iken, yaşanan deneyim, sosyal öğrenmeler ve bilinmeyen kaynaklanan durum doğumun korkunç olarak algılanmasına sebep olmaktadır (Demirsoy ve Aksu 2015; Aksoy 2015).

### **2.3.1.2. Doğum korkusunun nedenleri**

Birçok faktörün doğum korkusuna neden olduğu bilinmektedir. Bu faktörler sosyo-demografik, obstetrik ve psikososyal faktörler başlıkları altında toplanmaktadır (Aksoy 2015; Aksay ve ark. 2017; Uçar ve Gölbaşı 2015).

**Sosyo-demografik faktörler:** Gebenin yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi vb. faktörlerden oluşmaktadır (Uçar ve Gölbaşı 2015; Yıldız 2011). Ternström ve arkadaşlarının 2015 yılında İsveç'te yapmış olduğu çalışmada doğum korkusu ile yaş arasında bir ilişki bulunmazken, Nieminen ve arkadaşlarının ve Büyükbayrak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarda yaş ilerledikçe doğum korkusunun arttığı bulunmuştur (Nieminen ve ark. 2009; Büyükbayrak ve ark. 2010). İleri yaşta doğum korkusuna sebep olan etkenlerin altında, kadınların daha planlı olmak istemeleri, modern dünyanın getirilerinden dolayı her şeyi kontrol etmek istemeleri, planlanan durumların yarım kalabileceği inancı, yaşamlarında bölünmelere sebep olabileceği kaygısı gibi nedenler yer almaktadır (Nieminen ve ark. 2009).

Alan yazın çalışmalarında genç yaşta anne olmanın doğum korkusunu yükselttiği belirtilmektedir (Laursen ve ark. 2008; Hofberg ve Ward 2003). Genç yaşta olan gebelerin çoğunluğunun nullipar olması ve kadınların doğumla ilgili bilmedikleri şeylerin bulunması, bu gruptaki doğum korkusunun yüksek olmasına neden olabilmektedir (Aksoy 2015; Uçar ve Gölbaşı 2015). Düşük eğitim seviyesinin (Laursen ve ark. 2008; Gao ve ark. 2015) ve düşük gelir seviyesinin doğum korkusunu artırdığı belirlenmiştir (Laursen ve ark. 2008). Tarloni ve arkadaşlarının İtalya'da yapmış olduğu çalışmada ileri yaşta, eğitim seviyesi yüksek ve önceki doğumu vajinal doğum olan kadınların %80'i tekrar doğum yapmaları halinde vajinal doğumu tercih edeceklerini söylemişlerdir. Gerekçeleri ise doğumun

ilk dakikalarında bebekleri ile beraber olmak istemeleri, hastanede kısa kalış süresi ve çabuk iyileşmedir. Sezaryen doğumu tercih edenlerin %20'si tercih nedenlerini ağrıdan korkma, doğumu planlı yapabilme, bebeğin travmaya uğraması korkusu olarak belirtmişlerdir (Torloni ve ark. 2013).

**Obstetrik özellikler:** Gebelik, gebelik haftası, doğum ve önceki doğum yaşantılarından oluşmaktadır (Taşkın 2012). Nullipar ve multiparların farklı nedenlerden dolayı doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Çiçek ve Mete 2015). Nulliparların, multiparlardan daha fazla doğum korkusu yaşadığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Şahin ve ark. 2009; Üst 2012; Demirsoy ve Aksu 2015). Nulliparların doğum korkusunu yüksek seviyede yaşama nedenleri; vajinal doğumla ilgili bilgilerinin yetersiz olmasından, ne ile karşılaşacağını bilmediklerinden, sağlıklı bir şekilde doğum yapamayacaklarını, perine bölgesinde yırtık olabileceği düşüncesinden, sağlık ekibine karşı güven duymama (Aksoy 2015), şiddetli ağrı yaşayacakları düşüncesinden, olumsuz doğum hikayeleri dinlemelerinden ve doğum korkusu ile ilgili bir danışmanlık almamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir (Kuğu ve Akyüz 2001; Çiçek ve Mete 2015). Alan yazın çalışmalarında multiparlarda doğum korkusu son trimestirde daha fazla yaşanmaktadır (Demirsoy ve Aksu 2015; Şen ve ark. 2015). Beklenen bu sonuçla birlikte; gebeler birinci trimestirde gebeliğe, ikinci trimestirde bebeğe ve üçüncü trimestirde ise doğuma odaklanmaktadır. Bu sebeple de son trimestirde doğum korkusunun yüksek olması beklenen bir durumdur.

Fizyolojik süreç olan doğum ağrısı, doğum korkusuyla ilgili en fazla ilişki aranan durumlardan birisidir. Ağrıyı normal bir durum olarak anneliğin bir parçası olarak gören kadınların yanı sıra, ağrıyı anormal bir durum olarak gören ve ağrı ile bebeği kaybetme arasında ilişki kuran kadınlar da bulunmaktadır (Çiçek ve Mete 2015). Araştırmaların sonuçları; doğum korkusu yüksek olan gebelerin daha fazla ağrı yaşadıklarını aynı zamanda doğum ağrısı olan gebelerin da daha fazla korktuğunu göstermektedir (Karabulutlu 2012; Sayiner ve ark. 2009; Gözükara ve Eroğlu 2008).

**Psikososyal faktörler:** Doğum korkusu ile ilişkili olan psiko-sosyal faktörleri gebenin kişilik yapısı, yaşadığı travmatik olaylar ve sosyal destek sistemleri oluşturmaktadır (Güleç ve ark. 2013; Aksoy 2015; Demirsoy ve Aksu 2015).Düşük

benlik saygısına sahip, çocukluk çağı cinsel istismara uğramış, yeteri kadar eş ve sosyal desteği alamamış gebelerde doğum korkusu daha fazla rastlanmaktadır (Aksoy 2015; Çiçek ve Mete 2015; Uçar ve Gölbaşı 2015).

### **2.3.1.3. Doğum korkusunun olumsuz yönleri**

Doğum korkusu ile istemli infertilite, gebelik ve doğum komplikasyonları artmış doğum müdahaleleri, doğumda artmış analjezi kullanımı, posttravmatik stres bozukluğu, postpartum depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme, eş ile ilişkide sorun yaşamaya sebep olabileceği belirtilmiştir (Güleç ve ark. 2013). Kadının doğum öncesi yaşamış olduğu doğum korkusu doğum sonrası dönemde depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuş (Yıldız 2011; Aksoy 2015), doğum korkusu var olan kadınlarda doğum süresinin uzadığı görülmüştür (Adams ve ark. 2012). Ayrıca doğum korkusu ile isteğe bağlı sezaryen oranlarını da artabilmektedir (Şahin ve ark. 2009; Gözükara ve Eroğlu 2008; Alessandra ve Roberta 2013; Ergöl ve Kürtüncü 2014).

### **2.3.1.4. Doğum korkusunun azaltılmasındaki yöntemler**

Doğum korkusunun azaltılmasındaki amaç kadının doğumu ile ilişkili belirsizlikleri kabul etmesine, gebelikteki kontrolüne ve doğumla ilişkili anksiyetesinin en aza indirilmesi hedeflenmektedir (Kızılırmak 2014). Gebelik öncesinde yeterli eğitim verilmesi, gebelikte psikolojik ve sosyal destek sağlanması, doğumun süreci hakkında gebelere bilgilendirme yapılması ve doğum sırasında bireysel kontrol etme mekanizmalarının geliştirilmesi doğum korkusunu azaltmakta, doğumda uyumu artırmaktadır (Aksoy 2015). Ayrıca hipnoz, lamaze felsefesi, hypno-birthing psiko-eğitim, bilişsel ve davranışsal egzersizlerin de doğum korkusunu azalttığı, sezaryen oranını düşürdüğü görülmüştür (Çiçek ve Mete 2015).

Doğal doğum felsefelerinden olan hipnoz “uygulayıcısı belirlenmiş bir kişi (örneğin, sağlık çalışanları) tarafından katılımcıda duygu, düşünce ya da davranış değişiklikleri ile telkinler içeren bir psikoterapi tekniğine dayalı anlaşma” olarak tanımlanır (Yıldız ve ark. 2013). Hipnoz doğum sırasında ağrıları hafifletmek için

kullanılabileceği gibi doğum öncesi gevşeme egzersizleri ile stres ve korkuyu azalttığı görülmüştür (Yıldız ve ark. 2013).

Lamaze felsefesi; Pavlov'un şartlanma refleksini temel alan, pozitif düşünme, doğru nefes alıp verme ve gevşeme tekniklerini içeren gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınılarak doğumun doğal sürecinde olmasına izin veren teknikleri içerir (Coşar ve Demirci 2012). Coşar ve Demirci'nin 2012 yılında İstanbul ilinde gebelerin eşleri ile birlikte yapmış olduğu çalışmasında lamaze yönteminin doğum sürecini olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Coşar ve Demirci 2012).

Doğum korkusuyla baş etmek için kullanılan bir diğer yöntem de Hypno-Birthing'dir. Bilinçaltında var olan korkuların çözümlenmesi yöntemine dayanır. Doğum yapacak kadın küçük yaşta duyduğu olumsuz her kelime azalarak, ağrı, duygusal gerginlik, korku gibi durumlar arasında denge kurularak gebe rahatlatılır. Olumsuz düşünce ve korkuların azalmasına neden olarak doğumda daha az ağrı duymasına neden olur (Serçekuş 2011). Subaşı ve arkadaşlarının 2013 yılında son trimesterdeki gebelerle yaptığı çalışmada doğum öncesi verilen eğitimin doğumla ilgili olumsuz düşüncelerinin ve doğum korkularını azalmasına yardımcı olduğu görülmüştür (Subaşı ve ark. 2013).

Alanında uzman ebeler tarafından verilen psikoeğitim, antenatal dönemde şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelere doğum korkusunu azaltarak anneliğe uyumu arttırdığı görülmüştür (Rouhe ve ark. 2015).

Gebenin toplumdaki statüsü ile birlikte sosyal destek de doğum korkusunun azalmasında önemli yer teşkil etmektedir (Güleç ve ark. 2014). Gebenin gelir getiren bir işte çalışması ve çevresinden sosyal destek alması korkularını azalttığı görülmüştür (Demirsoy ve Aksu 2015).

#### **2.3.1.5. Ebelik Yaklaşımı**

Gebede oluşan doğum korkusu multidisipliner bir yaklaşım içinde ele alınmalıdır. Gebede oluşan korku eylemi gebenin ailesi, arkadaşları, hizmet veren

ebesi, yaşadığı çevre ve kültürü ile değerlendirilmelidir (Alessandra ve Roberta 2013; Sani 2015).

Doğum eylemi sadece kadının bedenini ilgilendiren fizyolojik bir süreç olarak algılansa da aslında kadını ve tüm ailesini hayatları boyunca etkileyebilecek bir olgudur. Bu sebeple doğum öncesi ve doğum eylemi sırasında kadının istediği kişilerin bu sürece dâhil olmalarına olanak sağlayarak (Akın ve Karaca Saydam 2017), doğum sürecine yönelik riskler azaltılarak daha sağlıklı, başarılı ve konforlu bir doğum olması sağlanabilir (Demirsoy ve Aksu 2015).

Kadının doğum ağrısı ve korkusunu algılamasında ve yansıtmasında farklılıklar olabileceği için ebe doğum ağrısı ve korkusunu değerlendirmede bulunduğu bölgede kültürün farkında olmalıdır. Doğum ağrısı ve korkusuna yönelik girişimler bu doğrultuda planlanmalıdır (Köksal ve Taşçı Duran 2013).

Doğuma ilişkin eğitim ve danışmanlık yapan ebe gebenin yaşamış olduğu doğum korkusunu, geçmişteki yaşamış olduğu olumsuz doğum deneyimlerini ve şimdiki doğumuna ilişkin düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmelidir. Doğum korkusunun azaltılması ve süreç hakkında bilgilendirme, kadının öz yeterliliğini sağlaması ve olumlu duygular hissetmesini sağlayabilir, kendine güvenini artırarak doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilir (Uçar ve Gölbaşı 2015).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma ile son trimestirdeki gebelerin doğum tutumlarının, etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve iki şehir örneği ile bölgesel olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa ve Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Morris Şinasi Çocuk ve Doğum Kliniği merkezlerinde Temmuz 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Manisa ve Malatya Devlet Hastanelerindeki 2014 yılı toplam canlı doğum sayısı N: 9452 (Manisa:3128, Malatya:6324) oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, Open Epi programıyla % 95 güven aralığında, % 50 bilinmeyen prevalans, % 5 yanılma payı ile ulaşılması gereken en küçük örnek 370 olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü illerdeki canlı doğum sayısına göre tabakalanarak Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Morris Şinasi Çocuk ve Doğum Kliniğinden 123 ve Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsünden 247 gebe olacak şekilde 370 gebeye ulaşılmıştır.

### **3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA VE DIŞLANMA KRİTERLERİ**

#### **3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

- 18 yaş üzeri olmak
- Hiç doğum yapmamış olmak,
- 28-40. gestasyonel haftalar arasında (üçüncü trimestir) olmak,
- Yüksek riskli gebe olmamak,
- Kronik bir sağlık sorununa sahip olmamak,
- Tek fetus bulunması,
- İnfertilite tedavisi almamış olmak,
- Psikiyatrik bir tanı almamış olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

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

Gebe Tanıtım Formu ve Doğum Tutum Ölçeğini tam doldurmamış olanlar.

### **3.6.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

Araştırmanın bağımlı değişkeni doğum tutum ölçeği puanları, bağımsız değişkenleri ise sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durum, sosyal güvence, aile tipi, yaşanan yer, eşin eğitimi ve mesleği) ve obstetrik özelliklerdir (evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, düşük sayısı, gebeliğin planlanması, düzenli kontrollere gitme, aynı hekimin takibi, eğitim sınıfından destek alma, doğumun yapılacağı yer, doğum tercihi).

### **3.7.ARAŞTIRMA SORULARI**

Araştırmanın sorusu “gebelerin yaşadıkları şehir doğum tutumlarını etkiler mi?” şeklinde belirlendi. Araştırmanın alt sorusu “Gebelerin doğum tutumunu etkileyen sosyo-demografik ve obsterik özellikler nelerdir?” şeklinde belirlendi.



### **3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; Gebe Tanıtım Formu, Doğum Tutum Ölçeğidir.

#### **3.8.1. Gebe Tanıtım Formu**

Araştırmacı tarafından alan yazın doğrultusunda hazırlanan Gebe Tanıtım Formu, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini, obstetrik öykülerini incelemeye yönelik 28 sorudan oluşturulmuş bir veri toplama aracıdır (Ek 1).

#### **3.8.2. Doğum Tutum Ölçeği**

Doğum tutum ölçeği, Lowe tarafından doğum korkusunu ölçmek için geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçek dörtlü likert türde cevaplanan, yüksek puanın yüksek kaygıyı gösterdiği 16 maddeden oluşan bir ölçektir. 1= Hiç kaygı yok; korkunun hiç olmaması, 2= Düşük kaygı; korku denecek kadar yeterli değil, 3= Orta kaygı; sıkıntı veren, ama iyi olma hissini etkileyecek kadar olan, 4= Yüksek kaygı; çok endişe veren ve iyi olma hissini etkileyen şeklinde değerlendirilmektedir (Ek 2). Çalışma için gerekli izin alınan (Ek 3), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Dönmez ve arkadaşları tarafından yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,82 bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,85 olup ölçeğin doğum korkusunu ölçmedeki güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

### **3.9.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırma verileri Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Morris Şinasi Çocuk ve Doğum Kliniği, Kadın Doğum Polikliniğine başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden gebelerden yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

### **3.10. VERİLERİN ANALİZİ**

Verilerin analizinde SPSS 15.00 paket programı kullanıldı. Verilerin çözümlenmesinde gebelerin sosyo-demografik ve obsterik özelliklerini, destek alma durumlarını tanımlamak için pearson ki kare testi, sayı yüzde dağılımı, ortalama,

standart sapma, minimum, maksimum değerler kullanıldı. Ölçek tanımlayıcı tablosu sayı yüzde dağılımı ile bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde p değeri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0.01$ ).

### **3.11.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma Manisa ve Malatya’da iki kamu hastanesinde poliklinik hizmeti almaya gelen gebeler üzerinde yapıldığı için bu hastanelerden hizmet alan gebelerin sonuçlarını yansıtmaktadır. Tüm Türkiye’ye genellenemez. Ayrıca, araştırma verileri Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastaneler projesini başlatmadan önce toplanmıştır. Daha sonra Manisa ili pilot bölge olmuş ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Anne Dostu Hastane olarak hizmet vermeye başlamıştır. Çalışma sonuçları verilerin toplandığı dönemi yansıtmaktadır.

### **3.12.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yerel Etik Kurulu’ndan onay ( Ek 4), Manisa ve Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliklerinden (Ek 5, Ek 6) gerekli resmi izinler alındı. Veri toplama aşamasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerden onam alındı.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler	Manisa		Malatya		X <sup>2*</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Yaş Grubu</b>						
18-20 yaş	18	14,6	32	12,9	5,27	0,26
21-23 yaş	32	26,0	68	27,5		
24-26 yaş	28	22,7	74	29,9		
27-29 yaş	24	19,5	29	11,7		
30 yaş ve üstü	21	17,2	44	18,0		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		
<b>Yaş Ortalaması**</b>	25,56±4,86		24,96±4,30			
<b>Min-Maks***</b>	18-40		18-37			
<b>Eğitim Durumu</b>						
İlkokul ve altı	25	20,4	55	22,3	2,24	0,52
Ortaokul	44	35,8	73	29,6		
Lise	26	21,1	66	26,7		
Önlisans ve üstü	28	22,7	53	21,4		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		
<b>Meslek</b>						
<b>Çalışan</b>	42	34,2	41	16,6	14,53	<b>0,00</b>
<b>Çalışmayan</b>	81	65,8	206	83,4		
<b>Ailenin Ekonomik Durumu</b>						
Gelir giderden az	59	47,9	122	49,3	3,13	0,20
Gelir gidere denk	55	44,7	117	47,3		
Gelir giderden fazla	9	7,4	8	3,4		
<b>Ailenin Sosyal Güvencesi</b>						
Sosyal güvencesi olan	121	98,4	234	94,8	2,79	0,15
Sosyal güvencesi olmayan	2	1,6	13	5,2		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		

Tablonun devamı

Tanıtıcı Özellikler	Manisa		Malatya		X <sup>2</sup> *	p
	n	%	n	%		
<b>Aile Tipi****</b>						
Çekirdek aile	104	84,5	166	67,4	12,17	<b>0,00</b>
Geniş aile	19	15,5	80	32,6		
<b>Toplam</b>	123	100	246	100		
<b>Manisa/Malatya'da Yaşama Yılı</b>						
Doğuştan itibaren	73	59,3	159	64,3	6,42	0,09
0-11 ay arası	6	4,8	25	10,1		
1-10 yıl arası	35	28,5	53	21,5		
11 yıl ve üzeri	9	7,4	10	4,1		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		
<b>En Uzun Süre Yaşadığı Yer</b>						
Köy	39	31,7	85	34,4	1,03	0,59
İlçe	20	16,2	47	19,1		
İl	64	52,1	115	46,5		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		

\*X<sup>2</sup> :Pearson Ki kare testi değeri, \*\*Ortalama±Standart sapma, \*\*\*Minimum-Maksimum değer,\*\*\*\*Malatya ilinde 1 tane parçalanmış aile olduğu için n=246 alınmıştır.

Tablo 4'de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş grupları ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde; gebelerin çoğunluğunun Manisa'da 21-23 yaş grubunda (%26,0), Malatya'da 24-26 yaş grubunda (% 29,9) olduğu belirlenmiş olmakla birlikte Manisa ve Malatya'daki gebeler yaş grupları açısından birbirine bezerdir. İki şehir arasında istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir (X<sup>2</sup>= 5,27, p= 0,26). Manisa'da yaşayan gebelerin yaş ortalaması 25.56±4,86, (Min-Maks=18-40), Malatya'da yaşayan gebelerin yaş ortalaması 24,96±4,30 (Min-Maks=18-37) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Gebelerin eğitim durumları ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde; gebelerin çoğunluğunun Manisa'da %35,8'i, Malatya'da %29,6'sının ortaokul düzeyinde olduğu belirlenmiştir. İki şehirde yaşayan gebelerin eğitim grupları benzerdir ve aralarında istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir ( $X^2=2,24$ ,  $p=0,52$ ) (Tablo 4).

Gebelerin çalışma durumlarına ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde; gebelerin Manisa'da %34,2'si, Malatya'da %16,6'sı çalışmaktadır. Manisa'da çalışan gebe oranı Malatya'ya göre daha fazladır ve istatistiksel bir anlamlılık saptanmıştır ( $X^2=14,53$ ,  $p=0,00$ ) (Tablo 4).

Gebelerin ekonomik durumu ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde gelir giderden az algısı %47,9 ile Manisa'da %49,3 ile Malatya'da, olup birbirine benzer ve çoğunluğu oluşturmaktadır. Gebelerin ekonomik durumu arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ( $X^2=3,13$ ,  $p=0,20$ ) (Tablo 4).

Gebelerin sosyal güvencelerinin varlığı ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde; sosyal güvencesi olanların %98,4'ü Manisa'da %94,8'i Malatya'da olmakla birlikte benzerdir, iki şehir arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ( $X^2=2,79$ ,  $p=0,15$ ) (Tablo 4).

Gebelerin aile yapısı ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde çekirdek aile yapısına sahip olanların %84,5'i Manisa'da %67,4'ü Malatya'dadır. Manisa ilinde çekirdek aile yapısında olan gebelerin oranı daha yüksektir ve istatistiksel bir anlamlılık saptanmıştır ( $X^2=12,17$ ,  $p=0,00$ ) (Tablo 4).

Gebelerin buldukları şehirlerde yaşama yıllarına göre dağılımları incelendiğinde doğuştan itibaren Malatya'da (%64,4), 11 yıl ve üzerinde aynı şehirde yaşayan gebelerin çoğunluğu Manisa'dadır (%7,4). Gebelerin Manisa/Malatya'da yaşama yılına göre iki şehir benzerdir, arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ( $X^2=6,42$ ,  $p=0,09$ ) (Tablo 4).

Gebelerin en uzun süre yaşadığı şehre göre dağılımları incelendiğinde; gebelerin çoğunluğunu Manisa'da ilde yaşayanlar oluşturmuştur (%52,1). En az oranı Manisa'da ilçede yaşayanlar oluşturmuştur (%16,2). Gebelerin en uzun süre yaşadığı yer oranları bakımından benzerdir ve arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ( $X^2=1,03$ ,  $p=0,59$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5. Eşlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler	Manisa		Malatya		X <sup>2</sup> *	p
	n	%	n	%		
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>						
İlkokul ve altı	12	9,8	38	15,4	6,93	0,07
Ortaokul	42	34,2	55	22,3		
Lise	40	32,5	92	37,2		
Önlisans ve üstü	29	23,5	62	25,1		
<b>Toplam</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>247</b>	<b>100</b>		
<b>Eşin Mesleği</b>						
Esnaf	39	31,8	79	32,0	2,98	0,39
İşçi	69	56,1	125	50,7		
Memur	11	8,9	37	14,9		
İşsiz	4	3,2	6	2,4		
<b>Toplam</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>247</b>	<b>100</b>		

\*X<sup>2</sup>:Pearson Ki kare testi değeri

Tablo 5’te gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde ortaokul eğitim düzeyine sahip eşlerin çoğunluğu %34,2 ile Manisa’da, lise eğitim düzeyine sahip eşlerin çoğunluğu %37,2 ile Malatya’dadır. Gebelerin eşlerinin eğitim durumu arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır (X<sup>2</sup>=6,93, p=0,07) (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin mesleğine ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde işçi olanların çoğunluğu %56,1 ile Manisa’da, memur olanların çoğunluğu %14,9 ile Malatya’dadır. Gebelerin eş mesleklerinin arasında istatistiksel anlamda bir ilişki yoktur (X<sup>2</sup>=2,98, p=0,39) (Tablo 5).

**Tablo 6. Gebelerin Evlilik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler	Manisa		Malatya		X <sup>2*</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Evlenme Yaşı</b>						
15-18 yaş	11	8,9	26	10,5	3,40	0,33
19-22 yaş	50	40,7	86	34,8		
23-26 yaş	34	27,7	89	36,1		
27 ve üzeri	28	22,7	46	18,6		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		
<b>Evlenme Yaş Ortalaması**</b>	23,55±4,67		23,31±4,08			
<b>İlk Gebelik Yaşı</b>						
16-20 yaş	27	21,9	56	22,6	1,98	0,57
21-25 yaş	53	43,1	118	47,7		
26-30 yaş	26	21,2	50	20,3		
31 yaş ve üzeri	17	13,8	23	9,4		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		
<b>İlk Gebelik Yaş Ortalaması</b>	24,52±4,90		23,92±4,29			
<b>Düşük Yapma Durumu</b>						
Var	19	15,5	21	8,5	4,10	0,04
Yok	104	84,5	226	91,5		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		

\*X<sup>2</sup>:Pearson Ki kare testi değeri, \*\*Ortalama±Standart sapma

Tablo 6’da gebelerin evlilik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin evlenme yaş gruplarına ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde, 19-22 yaş grubunda olanların çoğunluğu %40,7 ile Manisa’da, 23-26 yaş grubunda olanların çoğunluğu %36,1 ile Malatya’da yer almaktadır. Yaş grupları arasında orantısal benzerlik olmasına rağmen istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir (X<sup>2</sup>= 3,40, p= 0,33).

Manisa’da yaşayan gebelerin yaş ortalaması 23,55±4,67, Malatya’da yaşayan gebelerin yaş ortalaması 23,31±4,08 olarak bulunmuş olup birbirine benzerdir. (Tablo 6).

Tablo 6’da gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin ilk gebelik yaşına ve yaşadıkları şehre göre dağılımları incelendiğinde, 21-25 yaş grubu arasında ilk gebelik yaşayanların çoğunluğu Malatya’da (%47,7), 31 yaş ve üzerinde ilk gebelik yaşayanların çoğunluğu Manisa’dadır (%13,8). Yaş grupları arasındaki oranlar benzer olup arasında istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmemiştir ( $X^2= 1,98$ ,  $p= 0,57$ ).

Manisa’da yaşayan gebelerin yaş ortalaması  $24.52\pm 4.90$ , Malatya’da yaşayan gebelerin yaş ortalaması  $23,92\pm 4,29$  olarak bulunmuş olup birbirine benzerdir (Tablo 6).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin düşük yapma durumu incelendiğinde; düşük yapanların çoğunluğu %15,5 ile Manisa’dadır. Gebelerin düşük yapma durumları arasında istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmiştir ( $X^2= 4,10$ ,  $p= 0,04$ ) (Tablo 6).



**Tablo 7. Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Tanıttıcı Özellikler</b>	<b>Manisa</b>		<b>Malatya</b>		<b>X<sup>2</sup>*</b>	<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Gebeliğin Planlanma Durumu</b>						
Planlı	113	91,8	243	98,4	9,56	<b>0,00</b>
Plansız	10	8,2	4	1,6		
<b>Gebelik Haftası</b>						
28-31 hafta	35	28,4	51	20,6	2,86	0,23
32-35 hafta	26	21,1	55	22,2		
36 ve üzeri	62	50,5	141	57,2		
<b>Düzenli Doğum Öncesi</b>						
<b>Kontrollere Gitme Durumu</b>						
Evet	118	95,9	238	96,4	0,04	0,84
Hayır	5	4,1	9	3,6		
<b>Doğum Öncesi Kontrollerin</b>						
<b>Yapıldığı Yer</b>						
Doğumevi	107	87,0	210	85,1	2,16	0,33
Özel Hastane	14	11,4	36	14,5		
Üniversite Hastanesi	2	1,6	1	0,4		
<b>Düzenli Olarak Tahlil</b>						
<b>Yaptırma Durumu</b>						
Evet	122	99,2	241	97,6	1,15	0,28
Hayır	1	0,8	6	2,4		
<b>Doğum Öncesi Kontrolleri Aynı</b>						
<b>Hekimin Takip Etme Durumu</b>						
Evet	91	73,9	160	64,7	3,19	0,07
Hayır	32	26,1	87	35,3		
<b>Toplam</b>	123	100	247	100		

Tablonun devamı						
Tanıtıcı Özellikler	Manisa		Malatya		X <sup>2</sup> *	p
	n	%	n	%		
<b>Eğitim Sınıfından Destek Alma Durumu</b>						
Evet	8	6,5	9	3,6	1,53	0,21
Hayır	115	93,5	238	96,4		
<b>Doğumun Yapılacağı Yer</b>						
Doğumevi	92	74,8	225	91,1	18,03	<b>0,00</b>
Özel Hastane	19	15,5	12	4,9		
Henüz Karar Vermemiş	12	9,7	10	4,0		
<b>Doğum Şekli Tercihi</b>						
Sezaryan	14	11,4	25	10,1	0,24	0,88
Normal doğum	98	79,7	197	79,8		
Hekim nasıl uygun görürse	11	8,9	25	10,1		
<b>Toplam</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>247</b>	<b>100</b>		

\*X<sup>2</sup> : Pearson Ki kare testi değeri

Tablo 7’de gebelerin şimdiki gebelik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin planlı gebelik yaşama oranları Manisa’da %91,8, Malatya’da %98,4’tür. Gebeliğin planlanma oranı, Malatya’da Manisa’ya oranla daha yüksek olup İstatiksel olarak anlam bulunmuştur (X<sup>2</sup>=9,56, p=0,00) (Tablo 7).

Gebelerin gebelik haftasına göre dağılımları incelendiğinde; 36 hafta ve üzerinde olan gebeler Manisa’da %50,5, Malatya’da %57,2 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Gebelerin gebelik haftasına göre dağılımları orantısal olarak benzer olup, istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır (X<sup>2</sup>=2,86, p=0,23) (Tablo 7).

Gebelerin düzenli olarak antenatal kontrollere gitme durumlarına bakıldığında, Manisa (%95,9) ve Malatya’da (%96,4) gebelerin düzenli olarak antenatal kontrollere gitme oranları benzer olup, istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır (X<sup>2</sup>=0,04, p=0,84) (Tablo 7).

Düzenli olarak antenatal kontrollere giden gebelerin çoğu kontrollerini (Manisa: %87,0, Malatya: %85,1), doğumunda yaptırmakta olup, orantısız olarak benzer bulunmuştur ( $X^2=2,16$ ,  $p=0,33$ ) (Tablo 7).

Gebelerin düzenli olarak tahlil yaptırma durumu incelendiğinde; gebelerin tamamına yakınının (Manisa: %99,2, Malatya: %97,6) düzenli olarak tahlillerini yaptırdığı ve istatistiksel olarak bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $X^2=1,15$ ,  $p=0,28$ ) (Tablo 7).

Gebelerin doğum öncesi kontrolleri aynı hekimin takip etme durumu incelendiğinde; gebelerin, Manisa'da %73,9'u, Malatya'da %64,7'si kontrollere aynı hekime gittiklerini belirtmişlerdir ve aralarında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ( $X^2=3,19$ ,  $p=0,07$ ) (Tablo 7).

Gebelerin eğitim sınıfından destek alma durumu incelendiğinde; Manisa'da %6,5'inin, Malatya'da %3,6'sının gebe eğitim sınıfından destek aldığı ve oranın her iki şehirde de çok düşük olduğu belirlenmiştir ( $X^2=1,53$ ,  $p=0,21$ ) (Tablo 7).

Gebelerin doğum yapacağı yer incelemede; her iki şehirde de gebelerin çoğunun doğumunu doğumunda yapmak istediği (Manisa: %74,8, Malatya: %91,1) fakat doğumunu tercih edenlerin oranının Malatya'da daha fazla olduğu, özel hastaneyi tercih edenlerin oranının ise Manisa'da (%15,5) daha fazla olduğu ve İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $X^2=18,03$ ,  $p=0,00$ ) (Tablo 7).

Gebelerin doğum şekli tercihine ilişkin incelemede; normal doğum yapmak isteyenlerin oranı Manisa'da %79,7, Malatya'da %79,8, sezaryen ile doğum yapmak isteyenlerin oranı Manisa %11,4 Malatya %10,1 tespit edilmiştir. İki şehirde de normal doğum yapmak isteyenlerin oranı yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ( $X^2=0,24$ ,  $p=0,88$ ) (Tablo 7).

**Tablo 8. Gebelerin Destek Alma Durumlarının Dağılımı**

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Manisa</b>		<b>Malatya</b>		<b>X<sup>2*</sup></b>	<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Eşin Destek Olma Durumu</b>						
Evet	111	90,2	233	94,3	2,10	0,14
Hayır	12	9,8	14	5,7		
<b>Kardeşin Destek Olma Durumu</b>						
Evet	38	30,8	91	36,8	1,27	0,25
Hayır	85	69,2	156	63,2		
<b>Hala/Teyze Destek Olma Durumu</b>						
Evet	6	4,8	27	10,9	3,70	<b>0,05</b>
Hayır	117	95,2	220	89,1		
<b>Anne Destek Olma Durumu</b>						
Evet	71	57,7	153	61,9	0,61	0,43
Hayır	52	42,3	94	38,1		
<b>Arkadaş/Komşu Destek Olma Durumu</b>						
Evet	14	11,3	35	14,1	0,55	0,45
Hayır	109	88,7	212	85,9		
<b>Görümce/Elti Destek Olma Durumu</b>						
Evet	13	10,5	53	21,4	6,64	<b>0,01</b>
Hayır	110	89,5	194	78,6		
<b>Kayınvalide Destek Olma Durumu</b>						
Evet	24	19,5	90	36,4	11,03	<b>0,00</b>
Hayır	99	80,5	157	63,6		
<b>Toplam</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>247</b>	<b>100</b>		

\*X<sup>2</sup> : Pearson Ki kare testi değeri

Tablo 8’de gebelerin destek alma durumlarının dağılımı incelenmiştir. Gebelerin çoğu (Manisa: %90,2, Malatya: %94,3) eşlerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir ve iki şehir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $X^2=2,10$ ,  $p=0,14$ ) (Tablo 8).

Malatya’da yaşayan gebelerin kardeşlerinden destek alma oranı (%36,8) Manisa’da yaşayan gebelere oranla (%30,8) daha yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlam saptanmamıştır ( $X^2=1,27$ ,  $p=0,25$ ) (Tablo 8).

Malatya’da yaşayan gebelerin hala/teyzeden destek alma oranı (%10,9) Manisa’da yaşayan gebelere oranla (%4,8) daha yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlam saptanmamıştır ( $X^2=3,70$ ,  $p=0,05$ ) (Tablo 8).

Gebelerin annelerinden destek alma oranları (Manisa: %57,7, Malatya: %61,9) ( $X^2=0,61$ ,  $p=0,43$ ) ve gebelerin arkadaş/komşu desteği alma durumları (Manisa: %14,1 Malatya: %11,3) benzer bulunmuştur ( $X^2=0,55$ ,  $p=0,45$ ) (Tablo 8).

Malatya’da yaşayan gebelerin görümce/eltiden destek alma oranı (%21,4) Manisa’da yaşayan gebelere oranla (%10,5) daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel anlamda fark saptanmıştır ( $X^2=6,64$ ,  $p=0,01$ ) (Tablo 8).

Malatya’da yaşayan gebelerin kayınvalidelerinden destek alma oranı (%36,4) Manisa’da yaşayan gebelere oranla (%19,5) daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel anlamda fark saptanmıştır ( $X^2=11,03$ ,  $p=0,00$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Doğum Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Tablosu**

Tutum İfadeleri	Şehir		Hiç Kaygı Yok (%)	Düşük kaygı (%)	Orta kaygı (%)	Yüksek kaygı (%)
	Manisa (n=123)	Malatya (n=247)				
1.Doğumda kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum,	Manisa	45,5	15,4	23,6	15,5	
	Malatya	22,3	14,2	25,9	37,6	
2.Doğum yapmaktan gerçekten korkuyorum,	Manisa	29,2	19,5	22,8	28,5	
	Malatya	<b>81,0</b>	8,5	6,9	3,6	
3.Doğum ile ilgili kâbuslar görüyorum,	Manisa	<b>85,4</b>	10,6	2,4	1,6	
	Malatya	<b>64,4</b>	11,7	17,0	6,9	
4.Doğumda çok fazla kanamam olmasından korkuyorum,	Manisa	<b>61,0</b>	16,3	16,3	6,4	
	Malatya	30,4	17,0	34,8	17,8	
5.Doğum yaparken yeterli çabayı gösteremeyeceğimden korkuyorum,	Manisa	44,7	18,7	26,0	10,6	
	Malatya	34,0	7,7	30,8	27,5	
6.Bebekle ilgili bir şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum,	Manisa	36,6	13,0	22,8	27,6	
	Malatya	56,3	9,3	20,6	13,8	
7.Doğumda yapılacak iğnelerin ağrılı olmasından korkuyorum,	Manisa	55,3	9,8	14,6	20,3	
	Malatya	41,7	8,5	25,1	24,7	
8.Doğum sancılarım olduğunda yalnız kalmaktan korkuyorum,	Manisa	39,8	14,6	22,0	23,6	
	Malatya	37,2	6,5	19,1	37,2	
9.Sezaryen olmak zorunda kalmaktan korkuyorum,	Manisa	35,0	13,0	22,0	30,0	
	Malatya	33,2	9,3	36,4	21,1	
10.Bebeğin doğumu sırasında yırtığım olmasından korkuyorum,	Manisa	35,0	20,3	27,6	17,1	
	Malatya	24,7	7,7	27,5	40,1	
11.Doğum sırasında bebeğin yaralanmasından korkuyorum,	Manisa	26,8	17,9	14,6	<b>40,7</b>	
	Malatya	23,1	9,3	26,7	<b>40,9</b>	
12.Doğum sancılarının dayanılmaz olmasından korkuyorum,	Manisa	30,9	17,9	23,6	27,6	
	Malatya	22,3	17,8	35,6	24,3	
13.Yaklaşan doğumu düşündüğüm zaman kendimi rahatlatmakta zorlanıyorum,	Manisa	42,3	16,3	21,1	20,3	
	Malatya	56,7	9,3	21,5	12,5	
14. Hastane ortamından korkuyorum,	Manisa	<b>58,5</b>	14,6	19,5	7,4	
	Malatya	42,1	9,7	30,0	18,2	
15.Doğum sırasında istediğim bakımı alamamaktan korkuyorum,	Manisa	<b>46,3</b>	15,4	22,0	16,3	
	Malatya	11,3	14,2	<b>56,3</b>	18,2	
16.Genel olarak, doğumla ilgili kaygımı 1(Kaygı yok), 2 (Düşük kaygı),3 (Orta derecede kaygı), 4 (Yüksek kaygı) olarak değerlendirmek isterim,	Manisa	16,3	25,2	38,2	20,3	
	Malatya	11,3	14,2	<b>56,3</b>	18,2	

Tablo 9’da Doğum tutum ölçeğinin tanımlayıcı tablosu verilmiştir. Tabloda şehirlerde yaşayan gebelerin kendi buldukları şehirlerde ortalamaları hesaplanmıştır.

Tabloya göre doğum yapmaktan gerçekten korkan gebelerin orta ve yüksek kaygı oranının Manisa’ da daha fazla olduğu saptanmıştır (Manisa %51,3, Malatya %10,5).

Gebelerin doğum ile ilgili kabus görme durumu orta ve yüksek kaygı oranı Malatya’da daha fazla olduğu saptanmıştır (Manisa % 4,0, Malatya %23,9).

Gebelerin doğumda kanaması olma durumu incelendiğinde Manisa’da orta ve yüksek kaygı olması %22,8 iken Malatya’da %52,6 verisine ulaşılmış olup kaygı daha yüksektir (Tablo 9).

Gebelerin doğum sırasında bebeğin yaralanmasından duyulan orta ve yüksek kaygı durumu incelendiğinde; Manisa %55,3 Malatya %67,6 ile benzer kaygı oluşturmaktadır (Tablo 9).

Gebelerin doğum sırasında istediği bakımı alamamaktan korkma durumu incelendiğinde; Manisa’da orta ve yüksek kaygı %38,7 iken Malatya’da %74,5 olup Malatya’daki gebelerin kaygıları daha yüksektir (Tablo 9).

Genel olarak, doğumla ilgili orta ve yüksek kaygı Manisa’da %58,5 iken Malatya’nın %74,5 olduğu tespit edilmiştir. Malatya’da yaşayan gebelerin genel olarak kaygısı daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 9).

#### **Tablo 10. Doğum Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının İki Şehir Arasında Karşılaştırılması**

	<b>n</b>	<b>Ölçek Toplam Puanları</b>	<b>t*</b>	<b>p</b>
<b>Manisa</b>	123	34,78±10,76	2,43	<b>0,01</b>
<b>Malatya</b>	247	37,51±9,82		

\* Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 10’da doğum tutum ölçeği puan ortalamaları ve istatistiksel ilişkileri yer almaktadır. Manisa doğum tutum ölçeği puan ortalaması 34,78±10,76 olup, Malatya doğum tutum ölçeği ortalaması 37,51±9,82’dir. Malatya ilindeki gebelerin puan ortalaması daha yüksek olup, iki il arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,01).

**Tablo 11. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Doğum Korkusu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellik	Manisa (n=123)			Malatya (n=247)		
	Ortalama±Standart* Sapma	t/F **	p	Ortalama±Standart Sapma	t/F	p
<b>Yaş</b>						
18-20 yaş	32,77±12,25	0,49	0,74	35,50±10,56	2,69	<b>0,03</b>
21-23 yaş	35,00±9,80			39,57±9,35		
24-26 yaş	36,64±11,29			37,27±9,75		
27-29 yaş	33,14±11,35			40,06±7,51		
30 yaş ve üzeri	34,78±10,76			40,50±10,65		
<b>Eğitim Durumu</b>						
İlkokul ve altı	37,24±11,55	1,47	0,22	36,72±9,81	0,86	0,45
Ortaokul	32,81±10,72			37,42±10,56		
Lise	37,11±10,97			36,77±9,18		
Önlisans ve üstü	33,50±9,56			39,35±9,57		
<b>Meslek</b>						
Çalışan	34,16±10,13	0,45	0,65	39,58±9,78	1,48	0,14
Çalışmayan	35,09±11,12			37,09±9,80		



---

**Tablonun devamı**

---

	<b>Manisa (n=123)</b>			<b>Malatya (n=247)</b>		
	<b>Ortalama±Standart* Sapma</b>	<b>t/F **</b>	<b>p</b>	<b>Ortalama±Standart* Sapma</b>	<b>t/F **</b>	<b>p</b>
<b>Ailenin Ekonomik Durumu</b>						
Gelir giderden az	38,03±10,01	5,57	<b>0,00</b>	37,79±9,69	0,71	0,49
Gelir gidere denk	31,70±10,80			37,48±9,91		
Gelir giderden fazla	32,22±10,08			33,50±10,84		
<b>Aile Tipi***</b>						
<b>Çekirdek Aile</b>	34,96±10,75	0,43	0,66	38,79±9,91	3,04	<b>0,00*</b>
<b>Geniş Aile</b>	33,78±11,08			34,78±9,15		<b>**</b>
<b>En Uzun Süre Yaşadığı Yer</b>						
Köy	37,38±9,46	7,81	<b>0,00</b>	36,81±10,21	0,37	0,69
İlçe	40,45±10,76			37,51±9,53		
İl	31,42±10,46			38,02±9,69		

Tablonun devamı						
	Manisa (n=123)			Malatya (n=247)		
	Ortalama±Standart* Sapma	t/F **	p	Ortalama±Standart* Sapma	t/F **	p
<b>Evlenme Yaşı</b>						
15-18 yaş	34,72±12,06	0,64	0,58	34,57±10,45	2,48	0,06
19-22 yaş	33,24±10,52			39,53±9,57		
23-26 yaş	35,64±11,06			37,25±9,57		
27 ve üzeri	36,50±10,51			35,86±9,93		
<b>İlk Gebelik Yaşı</b>						
16-20 yaş	33,33±11,69	1,11	0,34	37,48±10,20	0,30	0,82
21-25 yaş	35,77±10,67			37,72±9,80		
26-30 yaş	36,50±10,17			37,88±9,43		
31 yaş ve üzeri	31,35±10,25			35,69±10,27		
<b>Gebelik Haftası</b>						
28-31 hafta	34,42±11,46	<b>0,04</b>	0,96	36,41±10,75	0,78	0,45
32-35 hafta	34,61±9,76			38,78±9,53		
36 ve üzeri	35,04±10,91			37,41±9,59		

<b>Tablonun devamı</b>						
	<b>Manisa (n=123)</b>			<b>Malatya (n=247)</b>		
	<b>Ortalama±Standart* Sapma</b>	<b>t/F **</b>	<b>p</b>	<b>Ortalama±Standart* Sapma</b>	<b>t/F **</b>	<b>p</b>
<b>Doğum Öncesi Kontrolleri Aynı Hekimin Takip Etme Durumu</b>						
Evet	34,59±10,63	-0,32	0,74	37,68±10,51	0,38	0,70
Hayır	35,31±11,29			37,18±8,45		
<b>Eğitim Sınıfından Destek Alma Durumu</b>						
Evet	28,75±8,15	-1,69	0,08	34,00±12,23	-0,68	0,49
Hayır	35,20±10,82			37,64±9,72		
<b>Doğumun Yapılacağı Yer</b>						
Doğumevi	35,33±10,47	5,44	<b>0,00</b>	37,39±9,79	0,15	1,87
Özel Hastane	28,47±9,33			36,16±10,52		
Henüz Karar Vermemiş	40,50±11,31			41,70±9,69		
<b>Doğum Tercihi</b>						
Sezaryen	32,78±12,01	0,39	0,67	33,92±9,39	1,87	1,87
Normal doğum	35,21±10,75			37,90±10,02		
Hekim nasıl uygun görürse	33,45±9,74			37,96±8,11		

Tablonun devamı

	Manisa (n=123)			Malatya (n=247)		
	Ortalama±Standart* Sapma	t/F **	p	Ortalama±Standart* Sapma	t/F **	p
<b>Eşin Destek Olma Durumu</b>						
Evet	34,18±10,29	-1,90	0,06	37,59±10,02	0,37	0,69
Hayır	40,33±13,72			36,14±5,65		

\*Ortalama±Standart sapma, \*\* Bağımsız örneklem T testi, \*\*\*Malatya ilinde 1 tane parçalanmış aile olduğu için n=246 alınmıştır.

Tablo 11’de gebelerin sosyo demografik özellikleri, puan ortalamaları ve etkileyen faktörler incelendiğinde Malatya’daki gebelerin yaş ortalaması ile ilgili anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

Manisa’daki gebelerin aile ekonomik durumları incelendiğinde gelir gidere göre az olanların kaygısı daha yüksek olup, anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,00$ ).

Manisa’daki gebelerin en uzun süre yaşadığı şehre göre durumları incelendiğinde ilçede yaşayanların kaygıları daha yüksek olup, anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,00$ ).

Manisa’da yaşayan 36 hafta ve üzerindeki gebelerin kaygıları daha yüksek olup anlamlı fark göstermektedir ( $p=0,04$ ).

Her iki şehirde de doğumun nerede yapılacağına henüz karar vermemiş olan gebelerin kaygısı yüksek olup, Manisa’da anlamlı fark görülmektedir ( $p=0,00$ ) (Tablo 11).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma ile son trimestirdeki gebelerin doğum tutumları ve etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmış, iki şehir örneği ile bölgesel olarak karşılaştırılmaktadır. Tartışma dört ana başlık altında toplanmaktadır.

### 5.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMINA GÖRE TARTIŞILMASI

Araştırmayan katılan Manisa ve Malatya'daki gebelerin yaş ortalamaları sırasıyla  $25,56 \pm 4,86$ ,  $24,96 \pm 4,30$  olarak bulunmuştur. Alan yazın incelendiğinde; Timur ve Şahin, Güzel, Öztürk, Dönmez ve ark.'nın çalışmalardaki yaş ortalamaları (sırasıyla;  $27,6 \pm 5,22$ ,  $23,67 \pm 4,43$ ,  $26,5 \pm 4,7$ ,  $24,22 \pm 3,48$ ) çalışma ile benzerlik göstermektedir (Timur ve Şahin 2010; Dönmez ve ark. 2014; Güzel 2014; Öztürk 2014).

Araştırma kapsamında gebelerin lise ve yüksekokul oranının Malatya ilinde daha fazla olmasına rağmen (Manisa %43,8, Malatya %48,1) daha az çalışma yaşamında yer aldığı (Manisa %34,2, Malatya %16,6) tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 Türkiye verilerine göre eğitim durumuna göre işgücüne katılım oranı incelendiğinde, kadınların eğitim seviyesi arttıkça (Lise mezunu kadınlar %32,7, yüksekokul mezunu kadınlar %71,6) iş hayatında daha fazla yer aldıkları görülmüştür (TÜİK). Coğrafi yüzölçümü bakımından büyük olan Türkiye, bölgesel olanaklar ve kültürler açısından farklılıklar göstermektedir (Arı 2017). TNSA 2013 verilerine göre Malatya ilini temsil eden Ortadoğu Anadolu'daki kadının iş hayatında daha az yer alması; aile veya eşin izin vermemesi yüksek orana sahip (%23,9) olmakla beraber, evlenmesi, gebe olması, çocuk bakımı, iş olanağı yetersizlikleri gibi sebepler kadının çalışma şansını azaltmaktadır (TNSA 2013). Ayrıca Malatya ilinde kadının daha fazla eğitim almasına rağmen iş yaşamında daha az yer alması aile yapısı ile ilişkilendirilebilir. Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2014'e göre Türkiye'de geniş aile yapısı %14,5 olmakla beraber Manisa'yı temsil eden Ege bölgesinde %12,3, Malatya'yı temsil eden Ortadoğu Anadolu'da

%19,5'tir. Çalışmada geniş aile yapısı içinde bulunan gebeler Manisa'da %15,5, Malatya'da %32,6'dır. Çalışma bulguları iki bölge arasındaki oran açısından Türkiye verileri ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamında ailenin ekonomik durumunun yetersiz olması her iki ilde de doğum kaygısını arttırmaktadır (Manisa %47,9, Malatya %49,3). Waldenström ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sosyoekonomik düzeyin düşük olması doğum korkusunu artıran bir faktördür ve çalışma ile benzerlik göstermektedir (Waldenström 2006).

Araştırma kapsamına alınan Manisa'daki ve Malatya'daki gebelerin eşlerin çoğunluğunun lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu (Manisa %56,0, Malatya %62,3), her iki ilde de eşlerin çoğunluğunun mesleğinin işçi olduğu belirlenmiştir. Şahin Büyük'ün Manisa'da yaptığı çalışmada da eşlerin çoğunluğunun (%53,9) lise ve üstü eğitim düzeyine sahip ve işçi olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir (Şahin Büyük 2017).

## **5.2.GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMINA GÖRE TARTIŞILMASI**

Manisa ve Malatya'daki gebelerin evlenme yaş ortalamaları sırasıyla  $23,55 \pm 4,67$  –  $23,31 \pm 4,08$  olup birbirine benzer bulunmuştur. TNSA verilerine göre ilk evlenme yaşı ortalaması Manisa ilini kapsayan Ege bölgesinde 20,8, Malatya ilini kapsayan Orta Doğu bölgesinde 20,3 olup Türkiye genelinde 21,0'dır. Manisa'da ve Malatya'daki ilk gebelik yaş ortalamaları sırasıyla  $24,52 \pm 4,90$ – $23,92 \pm 4,29$  olup birbirlerine benzer bulunmuştur. TNSA verilerine göre Manisa ilini kapsayan Ege bölgesinde ilk doğum yaşı 23,3, Malatya ilini kapsayan Doğu Anadolu Bölgesinde 22,1'dir. Türkiye geneli ilk doğum yaşı 22,9'dur (TNSA 2013). Çalışma verileri ile TNSA verileri benzerlik göstermektedir.

Gebeliği planlama durumu Manisa'da %91,8 ve Malatya'da %98,4 bulunmuştur. Alan yazın çalışmalarında, gebeliğin planlanma durumu %85 ile %95 arasında değişmektedir ve çalışma bulguları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Üst 2012; Öztürk 2014; Uçar 2014; Yılmaz 2017).

Doğum öncesi bakım (DÖB) anne ve fetüsün gebelik süresince düzenli aralıklarla gerekli muayene ve kontrollerinin sağlık profesyonelleri tarafından izlenmesidir. DÖB anne ve fetüsün yaşamlarını sağlıklı devam ettirmeleri, olası patolojik durumların tespiti için sağlık profesyonelleri tarafından yapılmaktadır. Türkiye’de DÖB alma 2013 TNSA verisine göre Manisa’yı içeren Ege Bölgesinde %98,7, Malatya’yı içeren Ortadoğu Anadolu Bölgesinde %90,7 olup DÖB almada bölgesel farklar bulunmaktadır. Çalışmada gebelerin düzenli doğum öncesi kontrollere gitme durumları; Manisa’da %95,9, Malatya’da %96,4 olup TNSA verilerine ters düşmektedir. Buradaki farklılığın çalışma verilerinin TNSA verileri gibi toplum tabanlı olmayıp, hastaneye kontrole gelen gebelerden toplanmış olmasından kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür.

Manisa ve Malatya’daki gebelerin çoğunluğu (Manisa’da %87,0, Malatya %85,1) doğum öncesi kontrolleri için kamu hastanelerini tercih etmektedir.

Hastanelerde gebelerin rutin muayeneleri dışında gebeliğin 20. haftasından sonra gebelere doğum ve doğum sonrası dönemdeki duygusal durumları ile baş etmeyi öğretmek, kendilerini anneliğe hazır hissetmelerini sağlamak amacıyla gebe eğitim sınıflarında eğitimler verilmektedir. Hastanelerde gebe eğitim sınıfları, Sağlık bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2014 yılında açılmıştır (<https://cerkezkoydh.saglik.gov.tr/TR,47396/gebe-okulu.html>). Çalışmadaki gebelerin eğitim sınıfından destek alma durumları (Manisa %6,5, Malatya %3,6) oldukça düşük bulunmuştur. Gebe eğitim sınıflarının yeni olması, yeterli tanıtım programlarının yapılamamış olması ve çalışan gebelerin mesai saatleri içinde olan eğitim programına katılamaması gibi nedenlerin katılım oranlarının düşük olmasına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

TNSA 2013 verilerine göre, Türkiye’de tüm doğumların sağlık kuruluşunda gerçekleşme oranı; %97 olup, %60’ı kamuda, %37’si özel sektörde gerçekleşmektedir. Manisa’yı içeren Ege Bölgesinde %66,9 kamuda gerçekleşirken, %32,6 özel sektörde gerçekleşmektedir. Malatya ilini kapsayan Ortadoğu Anadolu bölgesinde %76,7’si kamuda gerçekleşirken, %14,8’i özel sektörde gerçekleşmektedir (TNSA 2013). Çalışma sonucuna göre Manisa ve Malatya’daki gebeler yüksek oranda kamu hastanelerini (Manisa %74,8, Malatya %91,1) tercih ederken, özel hastaneyi tercih eden (Manisa %15,5, Malatya %4,9) ve henüz karar



vermemişlerin oranının (Manisa %9,7 Malatya %4,0) Manisa'da daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışma verileri ile TNSA verileri benzerlik göstermektedir.

Manisa ve Malatya'daki gebelerin doğum şekli tercihleri benzer şekildedir ve çoğunluğun tercihi normal doğum yönündedir (Manisa %79,7, Malatya %79,8). Alan yazın incelendiğinde sonuçlar benzerdir. Ceylantekin (%68,4), Gözükara (%86,2) ve Vatansever (%77,3) tarafından yapılan çalışmaların sonuçlarında da gebelerin çoğunluğu normal doğumu tercih etmişlerdir (Ceylantekin 2006; Gözükara 2006; Vatansever 2009). Gebelerin tercih şeklinin yüksek düzeyde normal doğum olmasının daha doğal olarak hissedilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmalar arasında oransal değişimlerin olması, hizmet kalitesi, sağlık kuruluşunun fiziki şartı, toplumun sosyokültürel yapısı, sağlık kuruluşuna erişebilirlik ve sağlık politikalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **5.3. GEBELERİN DESTEK ALMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI**

Sosyal destek insan yaşamını devamlılığı ve yaşamın her anında yaşam zorlukları ile başa çıkabilmenin yardımcı öğelerindedir (Güleç ve ark. 2013). Gebelik bir kriz dönemi ise bu kriz döneminin en rahat ve kolay bir şekilde atlatılabilmesi için sosyal desteğe ihtiyaç vardır. Gebe kadınların en yakınında bulunan ve ortak bir ürün ile yaşamlarının daha da pekişmesini sağlayan kişi eşleridir. Çalışmamızda Manisa'da ve Malatya'da eşin destek olma durumu oranları (Manisa %90,2, Malatya %94,3) birbirine benzer olup Öztürk'ün Kocaeli'de primiparlarla yaptığı benzer çalışmada %97,8, Lazoğlu'nun Erzurum'da primipar ve multipar ayırmaksızın yaptığı çalışmada eş desteği %84,3 bulunmuştur (Öztürk 2014, Lazoğlu 2014). Gebelerin aldığı eş desteği oranları oldukça yüksek ve alan yazınla benzer bulunmuştur.

Mermer ve arkadaşlarının İzmir'de yapmış olduğu gebelik, doğum, sosyal destek içerikli çalışmasında gebelerin %75'inin sosyal desteye ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Mermer ve ark. 2010). Alan yazında sosyal desteği oluşturanların sırasıyla aile, özel bir insan ve arkadaş olarak gruplandırılmaktadır (Mermer ve ark. 2010; Şen ve ark. 2012; Güleç ve ark. 2014). Lazoğlu'nun 2014 yılında yapmış olduğu benzer çalışmada anne desteği %18,6'dır (Lazoğlu 2014). Tekin'in

Antalya’da yapmış olduğu çalışmaya göre annenin duygusal destek sağlaması %18,6’dır (Tekin 2009). Tekin’in yapmış olduğu çalışmada anne desteğinin duygusal olarak ayrı kategorilerde ayrılması orantısal farklılığa sebep olmuş olabileceği düşünüle bilir. Çalışmada gebelerin annelerinin destek olma durumu; Manisa’da %57,7, Malatya’da %61,9’dur. Lazoğlu’nun ve Tekin’in anne desteği içeren çalışmaları anne desteğini farklı kategorilere göre ayırması çalışmadan farklı sonuçlar içermesi ve farklı sonuçlar içermesine neden olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada gebelerin kayınvalidelerinin destek olma durumu; Manisa’da %19,5, Malatya’da %36,4’dür. Tekin’in Antalya’da yapmış olduğu benzer çalışmada Kayınvalidenin destek olma durumu %3,1’dir (Tekin 2009). Çalışmalar arası farklı sonuçlar çıkması Tekin’in yaptığı çalışmada gebeye destek olan kişilerin ankette sadece birini seçebilmesi, araştırma yapılan yerin üniversite hastanesi olması, şehrin kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Malatya ve Manisa arasında farklı sonuçlar çıkması bölgesel, kültürel ve aile yapısı farklılıklarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde çalışmada gebelere görümce/elti destek olma durumu Manisa %10,5, Malatya %21,4’dür. Gebelere hala/teyze destek olma durumuna göre Manisa’da %4,8, Malatya’da 10,9’dur. Lazoğlu’nun Erzurum’da yapmış olduğu çalışmada kayınvalide, kız kardeş, elti, görümce, arkadaş ayırmaksızın gebenin destek alma durumlarını %81,8 bulmuştur (Lazoğlu2014). Lazoğlu’nun çalışmasında destek vericileri ayırmadığı için farklı sonuçlar elde edilmiştir. Gebelerin destek alım durumları her iki şehirde karşılaştırıldığında Malatya’da destek durumunun daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum geniş aile yapısının daha fazla olması nedeniyle kültürel etkileşimi ve desteği olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanmıştır.

#### **5.4. DOĞUM TUTUM ÖLÇEĞİNİN TARTIŞILMASI**

Doğum tutumu; doğum eylemine karşı geliştirilen eğilim, duygu ve davranış biçimidir. İlk gebeliklerde (primipar) bilinmeyene karşı geliştirilen tutum genellikle korku şeklindedir (Kızılırmak 2011; Aksoy 2015). Son trimesterde, gebenin gebelikten yorulması, bebeğini görmek istemesi bir an önce doğurmak isteğini artırırken, doğumdan korkması, doğuma ve doğum şekline yönelik bilinmezlikleri

kaygısını artırır (Kitapçıoğlu 2008; Güleç 2013). Yapılan çalışmalarda gebenin kaygısının doğum korkusuyla ilişkili olduğu ve son trimesterde yoğun yaşadığı bulunmuştur (Yanikkerem ve ark. 2010; Dönmez ve ark. 2014). Yaşanılan kaygılar yaşanılan topluma, kültüre ve hizmet alımına göre değişir (Köksal ve Taşçı Duran 2013). Çalışmada, Malatya'daki gebelerin doğum tutum ölçeği puan ortalamasının ( $37,51 \pm 9,82$ ) Manisa'daki gebelerden ( $34,78 \pm 10,76$ ) daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0,01$ ). Toplam puana bakıldığında; Malatya'daki gebelerin Manisa'dakilere oranla da fazla kaygı duydukları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada doğum tutum ölçeği tutum ifadeleri ayrı ayrı incelendiğinde; "Doğum yapmaktan gerçekten korkuyorum" ifadesine Manisa'da %51,3, Malatya'da %10,5 oranında orta ve yüksek kaygı yanıtı verilmiştir. Bu sonuç, Malatya'daki gebelerin Manisa'dakilere oranla da az kaygı duydukları şeklinde yorumlanabilir. Fakat diğer tutum ifadelerinde; doğumda kanamanın olmasından, yapılacak iğnelere, doğum sırasında yalnız kalmaktan, doğumda yırtık olmasından, bebeğin yaralanmasından, doğum sancılarının dayanılmaz olmasından, hastane ortamından, istediği hizmeti alamamaktan, genel olarak doğumla ilgili kaygısı Malatya'daki gebelerde Manisa'daki gebelerden daha yüksek bulunmuştur. İfadeler, Malatya'daki gebelerin kaygısını yükselten nedenlerin toplumsal olarak doğuma bakış açılarından değil, hizmet alımı ile ilgili olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Gebelik, kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olmasına rağmen kadının hayatında kaygı ve stres yaratan bir geçiş dönemidir. Gebelik her kadının vücudunda farklı tepkilere yol açabilir (Köksal ve Taşçı Duran 2013). Kaygının fazla olması kadında kabus yaratabilir. Çalışmada Manisa'da kabus görenlerin orta ve yüksek kaygı oranı %4,0 iken, Malatya'da %23,9'dur. Malatya'da yaşayanların kaygıları daha yüksektir. Manisa'ya oranla normal doğum yapmaktan korkmayan Malatya'daki gebeler (Hiç kaygı yok Manisa %29,3, Malatya %81,0) yeterli hizmet alamamaktan daha fazla korkmaktadır. Yeterli hizmet alamayacağını düşünen gebelerde kabus görmenin arttığı düşünülmektedir.

Olumsuz deneyimler, çevreden öğrenilen yanlış bilgiler gebelerde korkulara sebep olmaktadır. Bu korkularda biri de doğum sırasında kanamanın fazla olma inancıdır. Öztürk'ün yaptığı çalışmaya göre doğumda fazla kanama olmasından korkması

%33.3 ile kadında endişe yaratmaktadır (Öztürk 2014). Kitapçioğlu ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da kadında kanama en önemli korku sebebi olmuştur (Kitapçioğlu ve ark.2008). Çalışmada Manisa'da kanama olmasından orta ve yüksek kaygı duyan gebelerin oranı %22,8, Malatya'da %52,6 oranında bulunmuştur. Malatya'da yaşayan gebelerin kaygısı daha yüksektir.

Çalışmada doğum sırasında bebeğin yaralanmasından orta ve yüksek kaygı duyan gebelerin oranı en yüksek orana sahip (Manisa %55,3, Malatya %67,6) olup benzer yapılan çalışmalarda çalışmayı desteklemektedir (Kitapçioğlu ve ark. 2008; Şahin ve ark. 2009; Üst 2012; Dönmez ve ark. 2014; Öztürk'ün 2014).

Gebelerin antepartum dönemde kaygı durumlarını etkileyen diğer bir faktör de hastane ortamından korkmasıdır. Çalışmada Manisa'da yaşayan gebelerin hastane ortamından orta ve yüksek kaygısı %26,8 iken Malatya'daki gebelerin oranı %48,2'dir. Gebelerin doğum sırasında istediği bakımı alamamaktan korkması Manisa %38,3 Malatya %74,5'dir. Doğum sırasında devlet hastanesini tercih eden Malatya'daki gebelerin, özel hastane seçen Manisa'dakilere oranla daha fazla hastane ortamından ve istedikleri bakımı alamamaktan korktukları düşünülmüştür. Çalışmada Manisa'daki gebelerin normal doğum kaygıları, Malatya'daki gebelerin doğum yapma şekli tercihinde karara katılmamaları yüksek kaygı verici olup, her iki ilde planlanan sezaryen doğumda kaygı en azdır.

Sosyodemografik faktörler arasında olan gebenin yaşı, eğitim seviyesi, çalışma durumu, gelir durumu, aile yapısı, yaşadığı yerleşim yeri ile doğum korkusu ilişkili bulunmuştur. Çalışmada annenin yaşı arttıkça doğum korkusunun arttığı bulunmuş (Manisa  $34,78 \pm 10,76$ ; Malatya  $40,50 \pm 10,65$ ) olup, ileri anne yaşının doğum korkusunu artırdığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Niemnen ve ark. 2009; Dağlar ve Nur 2014; Aksoy 2015). Çalışmada her iki ilde yaşayan gebelerin il ve ilçede yaşayanların köyde yaşayanlara oranla doğum kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi yükselen kadınların yaşamla ilgili planlar yapmaları, yaptıkları planların yarım kalacağı kaygısı, her şeyi kontrol etme isteği gebelik yaşını ileri tarihe ertelemelerine neden olduğu düşünülmekte ve doğumla ilgili kaygıları artmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu 2015). Şahin ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da eğitim seviyesi yükselen kadınların doğumla ilgili kaygıları artmaktadır (Şahin 2009).

Doğum korkusunu etkileyen bir diğer faktör de gelir durumunun yetersizliğidir. Gebe doğum ve doğum sonrası bebeğinin ve kendi ihtiyaçlarını karşılayamama durumu kaygıyı artırdığı düşünülmektedir. Gelir durumunun gidere göre az olması her iki şehirde de kaygıyı artırmaktadır (Manisa:  $38,03 \pm 10,01$ ; Malatya:  $37,79 \pm 9,69$ ). Alan yazın çalışmaları da çalışmamızı desteklemektedir (Subaşı ve ark. 2013; Dağlar ve Nur 2014; Güleç ve ark. 2014; Uçar ve Gölbaşı 2015).

Çalışmada aile yapısı, gebelerin doğum kaygıları ile de ilişkilidir. Çekirdek aile yapısında yaşayan gebelerin kaygıları her iki ilde de yüksek bulunmuştur (Manisa:  $34,96 \pm 10,75$ ; Malatya:  $38,79 \pm 9,91$ ). Geniş aile yapısında birey sayısının fazla olması gebenin yaşadığı bir sorun karşısında destek alabileceği bireye kolayca ulaşma imkânı sağladığı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇ

Son trimestirdeki gebelerin doğum tutumlarının, etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve iki şehir örneği ile bölgesel olarak karşılaştırılması amaçlanan çalışmada;

Her iki şehirdeki gebelerin benzer yaş ortalamalarında (Manisa  $25,56\pm 4,86$ , Malatya  $24,96\pm 4,30$ ) olup, çoğunluğunu lise ve üstü okul (Manisa %43,8, Malatya %48,1) mezunu olduğu, gelir durumlarının gidere göre az (Manisa %47,9, Malatya %49,3) olduğu, çekirdek aile yapısında (Manisa %84,5, Malatya %67,4) yaşadıkları, il merkezinde (Manisa %52,0, Malatya %46,5) ikamet ettikleri,

İki şehirde de gebeliklerin çoğunluğunun planlı (Manisa %91,8, Malatya %98,3) olduğu, düzenli antenetal kontrollere (Manisa %95,9, Malatya %96,3) gittiği, kontrollerin çoğunlukla kamu hastanelerinde (Manisa %86,9, Malatya %85,0) yapıldığı, doğum için kamu hastanelerini (Manisa %74,7, Malatya %91,0) tercih ettikleri, normal doğumu (Manisa %79,6, Malatya %79,7) istedikleri,

Her iki şehirde gebelerin eşlerinin desteğinin yüksek (Manisa %90,2, Malatya %94,3) olduğu, Malatya'da kayınvalide desteğinin (Manisa %19,5, Malatya %36,4) ve elti/görümce desteğinin (Manisa %10,5, Malatya %21,4) daha fazla olduğu,

Ölçek toplam puanının Manisa'da  $34,78\pm 10,76$  Malatya'da  $37,51\pm 9,82$ , Malatya'daki gebelerin doğum korkularının daha fazla olduğu,

Doğum yapmaktan korkmayan Malatya'daki gebeler (Hiç kaygı yok Manisa %29,3, Malatya %81,0), kanamasının olmasından, doğumda yapılacak iğnelere, yırtığının olmasından, hastane ortamından, yeterli hizmet alamamaktan Manisa'daki gebelere oranla genel olarak daha fazla kaygı duydukları,

Malatya'da yaşayan gebelerin yaşlarının artması (Manisa  $34,78\pm 10,76$ -Malatya  $40,50\pm 10,65$ ), eğitimin yükselmesi (Manisa  $33,50\pm 9,56$ -Malatya  $39,35\pm 9,57$ ) ile daha fazla kaygı duydukları, gelir durumunun az olması her iki ilde kaygıyı (Manisa  $38,03\pm 10,01$ -Malatya  $37,79\pm 9,69$ ) yükselttiği, çekirdek ailede yaşayanların

kaygısının daha fazla (Manisa 34,96±10,75-Malatya 38,79±9,91) olduğu, Manisa’da ilçede yaşayanların kaygısının daha yüksek (Manisa 40,45±10,76-Malatya 37,51±9,53) olduğu,

Manisa’da yaşayan gebelerin gebelik haftası arttıkça kaygıların (Manisa 35,04±10,91-Malatya 37,41±9,59) arttığı, doğumun nerede yapılacağına henüz karar vermemiş gebelerin kaygılarının her iki ilde yüksek (Manisa 40,50±11,31-Malatya 41,70±9,69) olduğu, Manisa’da normal doğum yapacak (Manisa 35,21±10,75-Malatya 37,90±10,02) olanların, Malatya’da doğum tercihinde hekim ne uygun görürse kaygılarının fazla (Manisa 33,45±9,74-Malatya 37,96±8,11) olduğu saptandı.

## 6.2. ÖNERİLER

Çalışma bulguları doğrultusunda;

- DÖB hizmeti kapsamında özellikle primipar gebelere doğuma hazırlık eğitimlerinin rutin doğum öncesi hizmetler kapsamına alınması, gebenin bu süreçlere aktif katılımı ve karar verme sürecine dahil edilmesi,
- Gelir düzeyi gıderden düşük gebelerin kaygıları daha fazla olduğu dikkate alınarak, risk grubu kabul edilmesi ve daha sık izlenmesi,
- Daha çok kamuyu tercih eden gebelerde kaygı durumunun yüksek olduğu dikkate alındığında doğum sürecinde gebe ve ailesi ile beraber karar verilmesi sağlanmalı, güven ortamı içinde etkili iletişim yöntemleri kullanılarak danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Doğum öncesinde ve doğumda gebelerin yanında olmasını istediği eş, anne, kayınvalide, arkadaş vb. kişilerle beraber danışmanlık hizmeti alması, kişilerin sürece dâhil edilmesi,
- Gebeleri normal doğuma cesaretlendirmek için kitle iletişim araçları kullanılarak toplumun bilinçlendirilmesi,
- Gebelerin doğum korkusunu çözümlenici nitel araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear Of Childbirth And Duration of Labour: A Study Of 2206 Women With Intended Vaginal Delivery. BJOG, 2012;119 (1238–1246).

Aksay Y, Gülhan YB, Saygın N, Körükcü Ö. Gebelerin Psikososyal Sağlıkları Doğum Tercihini Etkiler Mi? Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(4): 138-145.

Aksoy AN. Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Erzurum, Odu Tıp Dergisi/Odu Journal Of Medicine. 2015;E161-E165.

Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. Mediter J Clin Psychol 2013; 1(1): 1-18.

Aytekin Aydın T. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2016 (Danışman: Doç. Dr. S. Timur Taşhan).

Brand S. Brennan Psychiatric disorders in pregnancy: impact of antenatal and postpartum maternal illness: how are the children? Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2009; 52:441-445

Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ AY, Bektaş E, Ünal O, Turan C. Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. Journal of Obstetrics&Gynaecology, 2010; 30 (2), 155-158.



Börü F. Primipar Kadınların Doğum Kaygısı ile Doğum Şeklini Seçmeleri arasındaki ilişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman Prof. Dr. N. Sabuncu).

Ceylantekin Y. Sezeryanla ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Afyon (Danışman: Doç. Dr. M. Yılmazer).

Chapman V, Charles C. Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2018.

Çiçek Ö, Mete S. Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2015.

Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınların İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat, Fırat Tıp Dergisi/FiratMed J 2014; 19(3): 122-125

Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36: 429-441

Daloğlu A. G. Gebelik Ve Depresyonun Bilişsel İşlevler Üzerine Olan Etkisinin Karşılaştırılması Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. N. Aydın).

Demirbaş H, Kadioğlu H, Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. M. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; Cilt: 4, Sayı: 4.

Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. Ebelere yönelik Kapsamlı Doğum. Akademisyen Kitabevi A.Ş. Ankara, 2017

Demirsoy G, Aksu H. Doğum Korkusunun Nedenleri ve Baş Etme. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KASHED, 2015 2 (2): 36-45.

Dönmez S, Dağ H, Çelik N, Yeniçel ÖA, Kavlak O. Doğum Tutum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2014;24(4):212-8

Dönmez S, Yeniçel Ö, Kavlak O. Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 2014 3:3 (908-920).

Elkin N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi. 2015; 8(1).

Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 26-34.

Gelişen O, Dur R. Operatif Doğumlar: Forseps Uygulamaları. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2008;1(1):55-62

Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. H.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008; 15(2):32-46.

Guisse JM, Eden K, Emeis C, Denman M, Marshall N, Fu R, Vaginal birth after cesarean: New insights, In: Oregon Evidence-based Practice Center, Oregon Health & Science University, eds, Evidence Report/Technology Assessment, AHRQ Publication, Portland, Oregon; 2010, s: 33-143.

Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M, Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. E.Ü. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2014;24(1)

Güzel M. Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Bilgi, Tutum ve Deneyimlerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Zonguldak (Danışman: Prof. Dr. M.A.Kurçer ).

Hofberg K, Ward MR, Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric–psychiatric interface, Clinical Obstetrics and Gynecology 2004; 47 (3):527-534,

Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med J 2003; 79 (3):505-510.

Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye'de ve Dünya'da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Sakarya Tıp Dergisi 2017;7(4):158-163

Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2012, 20 (3), 210-218.

Karakuş A. Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Olan Davranış ve Tutamlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2007

Karakuş R, Anğın D, Temizkan O, Polat M, Şanverdi İ, Karakuş S, Ekinci F. Vakum ile Operatif Vajinal Doğumun Perinatal Etkileri, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014;Cilt: 48, Sayı: 3.

Karaman ÖE, Yıldız H. Doğum Eylemi Travay Sürecinde Hareket Serbestliği: Nasıl? Ne Sağlar? Kadın Doğum Hemşiresinin Rolü Nedir? Türkiye Klinikleri International Journal of Nursing Sciences January 2018;10(1):78-87

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(1) 113-121.

Kızılırmak A. Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi 2011 (Danışman: Doç. Dr. M. Başer).

Kızılkaya Beji N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde: Rathfisch G. Doğum Eylemi. Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2015, s: 306-317.

Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1) : 47-54.

Kömürcü N. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi Tic. Ltd. Şti. 2014; İstanbul.

Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Antalya, ClinExp Sağlık Bilimi. 2017; DOI: 10.5152.

Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2001;23(1): 61–64.

Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG, 2008; 115 (3), 354–360.

Lazoğlu M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Yrd, Doç, Dr, S, Ejder Apay).

Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2000;21(4):219-24.

Mermer G, Bilge A, Yücel M, Çeber E. [Evaluation of perceived social support levels in pregnancy and postpartum periods]. Journal of Psychiatric Nursing 2010;1(2):71-6

Mete S. Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2013.

Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2009; 88(7): 807–813.

OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)

Öztürk T. Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman:Doç. Dr. N. Demirci).

Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Şti. İstanbul; 2012.

Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Beji NK. Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. Ankara; 2015; s: 306-317.

Romano AM, Lothian JA. Promoting, protectingandsupporting normal birth: A look at theevidence. JOGNN. 2007; 37 (1), 94-105

Sani, R. M. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. Faculty of HealthSciencesJournal, 1 (1). 2015.

Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2 (3): 143-148.

Seller A. Gebelerin Doğuma İlişkin Korku Ve Beklentileri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Akan).

Serçekuş P, Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing'TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011;10:2 (239-242),

Serçekuş P, Mete S. Turkish Women's Perceptions of Antenatal Education, International Nursing Review. 2010; 57(3), 395-401.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery 2009; 25(2): 155-162

Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. Selçuk Tıp Dergisi, 2013; 29:4 (165-167).

Şahin Büyük D. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Manisa (Danışman Yrd. Doç. Dr. A. Çetinkaya).

Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. Yıl:2009, Sayı:2,Cilt:40.

Şaşmaz G. Kadının Doğum Eylemindeki Destekleyici Bakım Algısı İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Prof. Dr. S. Mete).

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. İçinde: Saydam BK. Doğum Eylemi. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Şti. İstanbul; 2015, s: 284-412

Torloni, MR, Betrán, AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A & Merialdi M. Do Italianwomenprefercesareansection? Resultsfrom a survey on mode of deliverypreferences. BMC PregnancyandChildbirth, 2013; 13 (78), 1-8

Taşçı Duran E,Ünsal Atan Ş, Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir Genel Tıp Dergisi 2011;21(3)

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2012, s:275

Türkiye İstatistik Kurumu, işgücü İstatistikleri Ekim 2017 Haber Bülteni, Sayı: 27691 <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=27691> (Erişim Tarihi: 08.02.2018)

Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın 2013 Haber Bülteni, Sayı:16056, Tarih:05.03.2014 Saat:10 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056> (Erişim Tarihi: 08.02.2018)

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 07 Birinci Basım, 2014, İstanbul ISBN: 978-605-4628-55-1

T.C. Sağlık Bakanlığı. Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Kalkan Matbaacılık. Ankara; 2015, s:63

Taşçı Duran E,Ünsal Atan Ş, Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir Genel Tıp Dergisi 2011;21(3)



Tekin N. İlk Gebeliğini Yaşayan Kadınların Gebeliğe İlişkin Beklentileri, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Antalya (Danışman: Doç. Dr. K. Kukulu).

Ternström, E, Hildingsson, I, Haines, H, Rubertsson C. Higherprevalence of childbirth related fear in foreignborn pregnant women–Findingsfrom a community sample in Sweden. *Midwifery*, 2015; 31 (4), 445-450.

Timur S, Hatun Şahin N. Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* - 2010 -1

Topçu Özer H. Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülay Rathfisch).

Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, & Merialdi M, Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2013; 13 (78), 1-8,

Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(2):54-58.

Uçar T. Gebelere Uygulanan Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Baş etme Eğitim Programının Doğum Korkusu ve Sürecine Etkisi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Z. Gölbaşı)

Üst Z. D. Primipar Ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Erzurum (Danışman:Prof. Dr. T. Pasinlioğlu)

Vatansever Z. Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. H. Okumuş).

Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008; 45(1): 9-13.

WHO 2015. World Health Organization, World Health Statistics 2015. World Health Organization, 2015.

Yakut E. Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Aydın (Danışman: Doç. Dr. N. Akdolun Balkaya).

Yanikkerem Uçum E, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010;107-118.

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

Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1): 63-74.Yüksel

Yıldız ÜG, Yıldız S, Kurt BB, Ürper S, Kurt Y, Güzel S. Doğum ağrısı ve hipnoz. İntegr Tıp Derg. 2013;1(1):22-27

Yılmaz S. Doğum Beklentisi İle Yaşanılan Doğum Deneyimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Malatya (Danışman: Doç. Dr. S. Timur Taşhan )

Yüksel Yakut E, Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015,Aydın (Danışman: doç. Dr. N. Akdolun Balkaya).



## 8. EKLER

### EK 1. GEBE TANITIM FORMU

1. Yaşınız: .....,

2. Eğitim durumunuz:

- a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Lisans  
g) Lisansüstü

3. Mesleğiniz: .....,

4. Gelir durumunuz:

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

5. Eşin Eğitim Durumu:

- a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f)  
Lisans g) Lisansüstü

6. Eşin Mesleği: .....,

7. En uzun yaşadığınız yer: a) Köy b) İlçe c) İl

8. Manisa'da/Malatya'da yaşamaya başlamadan önce, nerede yaşıyordunuz?

.....

9. Kaç yıldır Manisa'da/Malatya'da yaşıyorsunuz?

.....

10. Sosyal güvenceniz:

- a) SSK b) Bağkur c) Yeşil kart d) Emekli Sandığı e) Yok

11. Ailenizde kimlerle yaşıyorsunuz?

.....,

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

12. Kaç yaşında evlendiniz: ,,,

13. Kaçınıcı evliliğiniz: ,,,

14. İlk gebelik yaşıınız: .....

15. En son gebeliğinizin üzerinden geçen süre: .....,

16. Toplam gebelik sayınız: ,,,

17. Düşük sayınız: .....,

18. Gebelik haftanız:.....

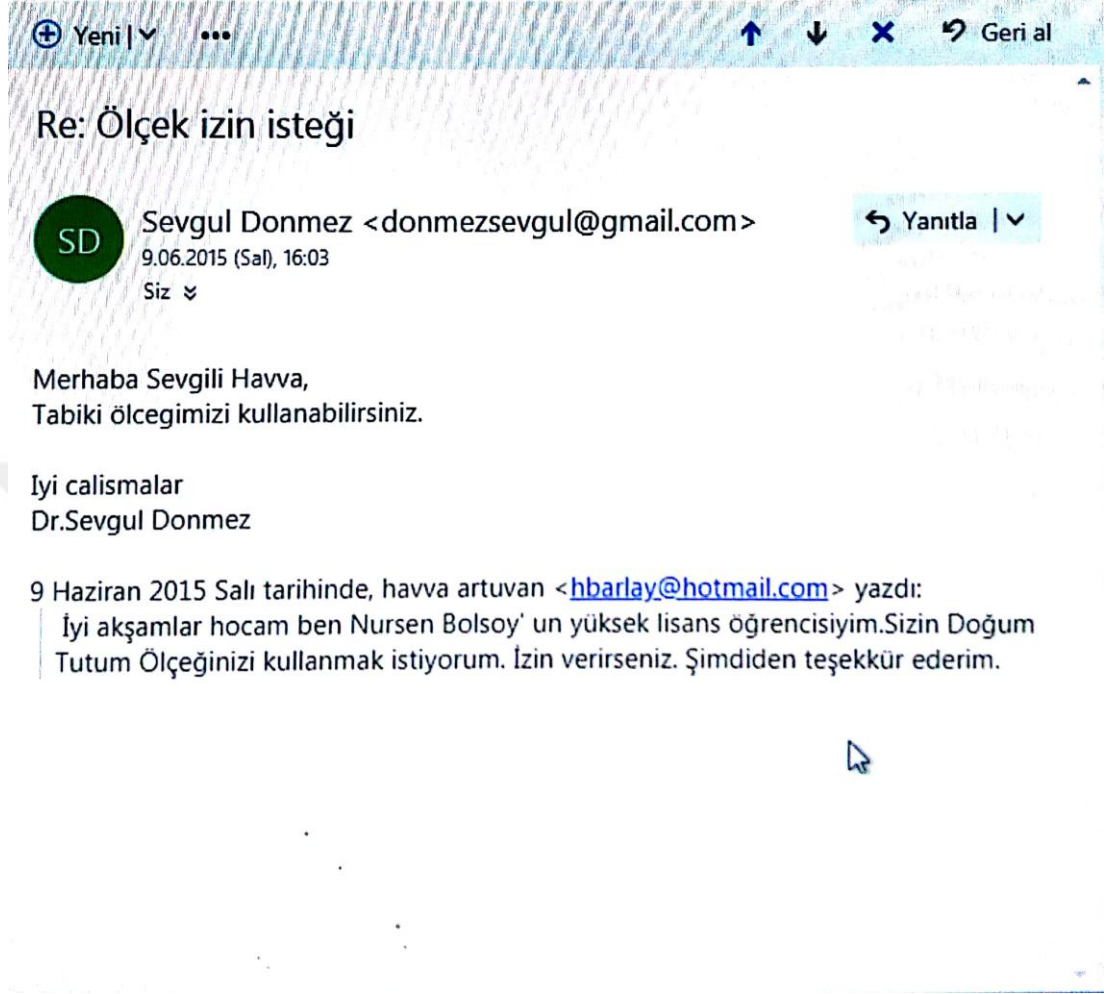
19. Planlanmış bir gebelik miydi? 1)Evet 2) Hayır



## EK 2. DOĞUM TUTUM ÖLÇEĞİ

DOĞUM TUTUM ÖLÇEĞİ				
<p>Aşağıdaki maddeler, gebe kadınların geçmişte yaşadıkları bazı yaygın korkuları ifade etmektedir. Bunların tümünün bir bireyde olması beklenmez. Bazı kadınlarda bunların hiçbiri olmayabilir. Lütfen, başka birine danışmadan, dürüstçe yanıt verin. Eğer korkunun yoğunluğunu nasıl dereceleyeceğinizden emin değilseniz, dert etmeyin, sadece hızlı bir şekilde karar verin ve hangisi size doğru gibi görünüyorsa onu işaretleyin. Her bir maddeyi aşağıdaki ölçeğe göre dereceleyin:</p> <p>1= Hiç kaygı yok; korkunun hiç olmaması 2= Düşük kaygı; korku denecek kadar yeterli değil 3= Orta kaygı; size sıkıntı veren, ama iyi olma hissinizi etkileyecek kadar olan 4= Yüksek kaygı; size çok endişe veren ve iyi olma hissinizi etkileyen</p>				
	Hiç kaygı yok	Düşük kaygı	Orta kaygı	Yüksek kaygı
1.Doğumda kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.				
2.Doğum yapmaktan gerçekten korkuyorum.				
3.Doğum ile ilgili kâbuslar görüyorum.				
4.Doğumda çok fazla kanamam olmasından korkuyorum				
5.Doğum yaparken yeterli çabayı gösteremeyeceğimden korkuyorum.				
6.Bebekle ilgili bir şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
7.Doğumda yapılacak iğnelerin ağrılı olmasından korkuyorum				
8.Doğum sancılarım olduğunda yalnız kalmaktan korkuyorum.				
9.Sezaryen olmak zorunda kalmaktan korkuyorum.				
10.Bebeğin doğumu sırasında yırtığım olmasından korkuyorum				
11.Doğum sırasında bebeğin yaralanmasından korkuyorum.				
12.Doğum sancılarının dayanılmaz olmasından korkuyorum.				
13.Yaklaşan doğumu düşündüğüm zaman kendimi rahatlatmakta zorlanıyorum.				
14.Hastane ortamından korkuyorum.				
15.Doğum sırasında istediğim bakımı alamamaktan korkuyorum.				
16.Genel olarak, doğumla ilgili kaygımı 1(Kaygı yok), 2 (Düşük kaygı),3 (Orta derecede kaygı), 4 (Yüksek kaygı) olarak değerlendirmek isterim.				

### EK 3: ÖLÇEK KULLANIM İZİN İSTEĞİ



## EK 4: ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	08 / 07 / 2015 / 20478486 - 291					
ARAŞTIRMANIN ADI	Son Trimestirdeki Gebelerin Doğum Tutumunun Karşılaştırılması: İki Şehir Örneği					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Nursen BOLSOY - CBÜ Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü.					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi, Havva Artuvan					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	10 / 06 / 2015 / 221 - Tarih ve sayılı: araştırma dosyası					
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir					
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Oye	Toplantıya Katılmayan Oye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Oye	Toplantıya Katılmayan Oye	
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan</p>						

İsle gidişir  
Yrd. Doç. Dr. Nursen BOLSOY  
Ebelik Bölümü Başkanı



## EK 5: MANİSA KAMU HASTANELER BİRLİĞİ İZİN FORMU



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU  
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - MANİSA İLİ KHBGS EĞİTİM  
BİRİMİ  
01/06/2015 10:48 - 61763929 / 774 07 / 510  
00010792019

Sayı : 61763929/774.07  
Konu : Tez Çalışması Havva ARTUVAN

### DAĞITIM YERLERİNE

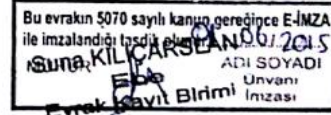
İlgi: Havva ARTUVAN'ın 28/05/2015 tarihli dilekçesi.

İlgi sayılı dilekçeye istinaden; Havva ARTUVAN'ın Genel Sekreterliğimize bağlı olarak faaliyet göstermekte olan Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde "Son Trimestirdeki Gebelerin Doğum Tutumlarının Karşılaştırılması: İki Şehir Örneği" konulu çalışmasını yapması uygun görülmüş olup; ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, çalışma sonucunda kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim Birimi'ne iletilmesi; sonuç raporunun Kurumumuza iletilmemesi durumunda, tarafınızdan Kurumumuz bünyesindeki Sağlık Tesislerinde bundan sonra talep edeceğimiz çalışmalara izni verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ  
Genel Sekreter

Dağıtım:  
Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Yöneticiliği  
Havva Artuvan (Güzelyurt Mh. 5731 Sk. 12/10



Öncü Sitesi Yasemin Apt. Yunusemre MANİSA

Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı No: 58 Şehzadeler/MANİSA  
★ Hizmetler Başkanlığı Eğitim Birimi 02362341613-310 S.ACAR

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 974f29de-329e-4d8f-83cc-938f9f993d68 kodu ile erişebilirsiniz.

## EK 6: MALATYA KAMU HASTANELER BİRLİĞİ İZİN FORMU



T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
İdari Hizmetler Başkanlığı

Sayı : 94346804.770. 8704

15/07/2015

Konu : Araştırma İzni

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
( Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü )  
MANİSA

İlgi : 10/07/2015 tarih ve 605.01/727 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Havva ARTUVAN tarafından; Ağustos – Aralık 2015 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize Bağlı Malatya Devlet Hastanesinde “ Son Trimestirdeki Gebelerin Doğum Tutumlarının Karşılaştırılması: İki Şehir Örneği ” başlıklı tez çalışması yapması talebiniz, söz konusu tez çalışması ve buna bağlı uygulamaların 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda belirtilen yasaklar ile ödev ve sorumluluklar kapsamına aykırılık teşkil etmemesi, özel hayatın gizliliği ilkelerini ihlal edici olmaması kaydıyla Genel Sekreterliğimizce uygun olarak değerlendirilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Hilmi ATASEVEN  
Genel Sekreter

14/07/2015 E.

: N.KARA

14/07/2015 İda.Hiz.Başk.

: Dr.H.KURT

Hamidiye Mah.Inönü Cad. No:5 Kat:1 MALATYA  
İletişim: TEL: 0(422)324 56 20-36 Fax:324 56 01

Bilgi:Eğitim N.KARA  
khh44.egitim@saglik.gov.tr

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Havva	<b>Soyadı</b>	ARTUVAN
<b>Doğum Yeri</b>	Salihli/MANİSA	<b>Doğum Tarihi</b>	1981
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	0 505 256 04 07
<b>E-mail</b>	hbarlay@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurum Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2010
<b>Lise</b>	Salihli 70. Yıl Sağlık Meslek Lisesi	1999

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>					
İngilizce	Orta	Orta	Orta					
<b>Yabancı Dil Sınavı Notu</b>								
YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	57,05	56,59	67,97

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office (Word, Excel...)	İyi

# YÜKSEK LİSANS ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

## Son Trimestirdeki Gebelerin Doğum Tutumunun Karşılaştırılması: İki Şehir Örneği

Tezime ilişkin 10/08/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 14'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

10.08.2018

Adı Soyadı : Havva ARTUVAN  
Öğrenci No : 131336003  
Anabilim Dalı : EBELİK  
Programı : EBELİK

**DANIŞMAN ONAYI**  
UYGUNDUR.  
Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY