



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**BİR YIL İÇERİSİNDE DOĞUM YAPMIŞ KADINLAR İLE
50 YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN DOĞUM ALGILARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FERİDE ÇEVİK

DANIŞMAN

PROF. DR. FATMA DENİZ SAYINER

2020



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**BİR YIL İÇERİSİNDE DOĞUM YAPMIŞ KADINLAR İLE
50 YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN DOĞUM ALGILARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FERİDE ÇEVİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. FATMA DENİZ SAYINER**

2020

KABUL VE ONAY SAYFASI

Feride ÇEVİK'in Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Bir Yıl İçerisinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş st Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması” başlıklı bu alışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve ğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “**KABUL**” edilmiştir.

Üye: Tarih
... / ... / ...

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / ... tarih ve ... / ... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

(nvan ve İsim)
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bir Yıl İçerisinde Doğum Yapmış Kadınlar İle 50 Yaş Üstü Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması

Amaç: Ülkemizde doğumlarda özellikle son 30 yılda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Doğumlarda yaşanan bu değişimler haliyle ebelerin doğumda ki rollerinin de değişimine yol açmıştır. Bu çalışmada ki amacımız; son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınların doğum deneyimleri ile 50 yaş üstü ve en az bir doğum yapmış kadınların ilk doğum deneyimlerinin onlarda nasıl bir etki bıraktığını karşılaştırarak ‘eski doğumlar ile yeni doğumların’ arasında ki farklılıkları araştırmaktır.

Yöntem: Araştırma, 01.11.2019-31.01.2020 tarihleri arasında Kütahya il merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kütahya il merkezinde ikamet eden son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ve 50 yaş üstü olup en az bir doğum yapmış kadınlar oluşturmaktadır. Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınlar grubunu 339 kişi, 50 yaş üstü kadınlar grubunu ise 375 kişi oluşturmuş olup toplam 714 kişi ile görüşülmüştür. Veriler, katılmaya gönüllü olan kadınlardan yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Katılımcılara Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ve Katılımcı Tanıtım Formu doldurulmuştur. Anket yoluyla toplanmış veriler IBM SPSS Statistics 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel olarak $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza katılan son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınların yaş ortalaması $28,86\pm 4,92$; 50 yaş üstü kadınların yaş ortalaması $57,93\pm 7,49$ olarak bulunmuştur. Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda normal doğum oranı %49,6, evde doğum oranı %0,9, ‘Doğumdan korkuyor musunuz?’ sorusuna ‘evet’ cevabını verenlerin oranı %62,2, doğumu doktor tarafından gerçekleştirilenlerin oranı %64,8; 50 yaş üstü kadın grubunda normal doğum oranı %92, evde doğum oranı %31,7, ‘Doğumdan korkuyor

musunuz?’ sorusuna ‘evet’ cevabını verenlerin oranı %39,5, doğumları %51,7 oranında ebeinin ve %27,7 oranında köy ebesinin yaptırdığı bulunmuştur. Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların TDAÖ puan ortalaması 64,57 (orta); 50 yaş üstü kadınların TDAÖ puan ortalaması 41,79 (düşük) olarak saptandı. Her iki grup içinde; yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, doğum şekli, doğum şeklinden memnun olma durumu, doğumdan önce hastanede bekleme süresi, doğumda problem gelişmesi, doğumdan korkma durumu, doğumda sosyal destek varlığı, vajinal muayene sayısı ve bebekle temas etme süresinin TDAÖ puanına etkisi anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Çalışmamızda TDAÖ'nin Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0.905 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, 50 yaş üstü kadınlara göre travmatik doğum algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum, travmatik doğum, doğum algısı, ebe

SUMMARY

The Comparison of Birth Perceptions of Women Giving a Birth in the Last One Year and Women over the age of 50

Background: In Turkey, significant changes have occurred in deliveries, especially in the last 30 years. These changes in the deliveries have naturally led to the change in the roles of midwives in delivery. This study aims to analyse the differences between 'old births and new births' by comparing the birth experiences of women who gave birth in the last one year and the first birth experiences of women over 50 years old giving at least one birth.

Method: The research was carried out in the city centre of Kütahya between the dates of 01.11.2019 and 31.01.2020. The population of the study consisted of women who gave birth in the last one year and women over the age of 50 giving at least one birth. The group of women giving birth in the last one year consisted of 339 people, and the group of women over 50 consisted of 375 people, and a total of 714 people were interviewed. Face-to-face interview was conducted with the help of Traumatic Birth Perception Scale and Participant Introduction Form to collect the data from the women who had consent to participate in the study. The data collected through questionnaires were analysed using a statistics program. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Findings: It was found that the average age of women who gave birth in the last one year was 28.86 ± 4.92 , and the average age of women over 50 was 57.93 ± 7.49 . It was found that while among the group of women who gave birth in the last 12 months the normal delivery rate was 49.6%, the rate of home birth was 0.9%, the rate of those answering 'yes' to the question 'Are you afraid of giving birth?' was 62.2%, and the rate of those whose delivery was performed by a doctor was 64.8%, among the group of women over 50, the normal delivery rate was 92%, the rate of home birth was 31.7%, the rate of

those who answered 'yes' to the question 'Are you afraid of giving birth?' was 39.5%, and the rate of those whose delivery was performed by a midwife was %51,7 and by a midwife working in a village was 27.7%. The average TBPS score of women who gave birth in the last one year was found to be 64.57 (medium), whereas the average TBPS score of women over 50 years old was found 41.79 (low). In both groups, the effect of age, level of education, occupation, mode of delivery, satisfaction with the mode of delivery, waiting time in the hospital before birth, the occurrence of problems at birth, fear of birth, presence of social support at birth, number of vaginal examinations, and time of contact with the baby on TBPS score was found to be significant ($p < 0.05$). In the study, the Cronbach alpha reliability coefficient of TBPS was found to be 0.905.

Conclusion: As a result of the study, it was found that women who gave birth in the last one year period had a higher perception of traumatic birth than women who experienced at least one delivery over 50 years old.

Keywords: Birth, traumatic birth, perception of birth, midwife

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Doğum.....	5
2.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Durum.....	5
2.2. Doğum Algısı.....	7
2.2.1. Doğum Algısını Etkileyen Faktörler.....	8
2.2.1.1. Ağrı.....	8
2.2.1.2. Doğum Korkusu.....	9
2.2.1.3. Doğuma Aktif Katılım.....	10
2.2.1.4. Sosyal Destek ve Sürekli Ebe Desteği	11
2.2.1.5. Mahremiyetin Korunması.....	12
2.2.1.6. Doğum Beklentisi.....	13
2.2.1.7. Doğum Ortamı.....	14
2.2.1.8. Doğumun Şekli ve Süresi.....	16
2.2.1.9. Doğumda Yapılan Müdahaleler/Uygulamalar.....	17
2.2.1.9.1. Birinci Evre Uygulamaları.....	17
2.2.1.9.1.1. Doğumhaneye Geç Kabul.....	18
2.2.1.9.1.2. İndüksiyon-Augmentasyon.....	18
2.2.1.9.1.3. Sürekli Elektro Fetal Monitorizasyon(EFM).....	20
2.2.1.9.1.4. Ağrı ile Başetme.....	21
2.2.1.9.1.5. Partograf.....	22
2.2.1.9.1.6. Vajinal Tuşe.....	23
2.2.1.9.1.7. Lavman.....	24
2.2.1.9.1.8. Amniyotomi.....	24
2.2.1.9.1.9. Perine Traşı.....	25
2.2.1.9.2. İkinci Evre Uygulamaları.....	26
2.2.1.9.2.1. Doğum Masası-Litotomi Pozisyonu.....	26

2.2.1.9.2.2. Epizyotomi.....	27
2.2.1.9.2.3. İkinma.....	28
2.2.1.9.2.4. Fundal Basınç(Kristeller Manevrası).....	29
2.2.1.9.2.5. Perine Uygulamaları.....	30
2.2.1.9.3. Üçüncü Evre Uygulamaları.....	30
2.2.1.9.3.1. Umblikal Kordun Klemplenme Zamanı.....	31
2.2.1.9.3.2. Plasentanın Çıkarılması.....	31
2.2.1.9.3.3. Ten Tene Temasın Sağlanması ve Emzirme.....	32
2.2.1.10. Sağlık Personeli ile İletişim.....	33
2.2.1.11. Doğum Sürecinde Oral Sıvı ve Gıda Alımı.....	35
2.2.1.12. Bebek ile İlk Temas Süresi.....	36
2.3. Olumlu ya da Olumsuz Doğum Algısının Etkileri.....	36
2.4. Uzun Vadede Doğum Algısı.....	37
2.5. Doğum Algısında Ebeğin Sorumlulukları.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırmanın Şekli.....	41
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	41
3.3. Araştırmanın Evreni.....	41
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	41
3.5. Veri Toplama Aracı.....	42
3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu.....	42
3.5.2. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ).....	43
3.6. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	44
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	71
5.1. Son Bir Yıl İçinde Doğum Yapmış Kadınlar İle 50 Yaş Üstü Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğuma İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	71
5.2. Son Bir Yıl İçinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Travmatik Doğum Algısı Sıklığı ve Etki Eden Faktörlerin Tartışılması.....	82
5.3. Son Bir Yıl İçinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Travmatik Doğum Algılarının Karşılaştırılması	91

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	103
8. EKLER DİZİNİ.....	124
EK-1: Katılımcı Tanıtım Formu.....	124
EK-2: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ).....	128
EK-3: Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu.....	130
EK-4: Etik Kurul Kararı.....	131
EK-5: İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	134
9. ÖZGEÇMİŞ.....	135



TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğine Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo- demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2. Kadınların Yaş ve İlk Gebelik Yaşı Dağılımı

Tablo 4.3. Kadınların Obstetrik Özellikleri Dağılımı

Tablo 4.4. Kadınların Doğum Öncesi Kontrol Sayısı, Doğum Öncesi Hastanede Bekleme Süresi ve Vajinal Muayene Sayısı Dağılımı

Tablo 4.5. Kadınların Doğuma İlişkin Özellikleri

Tablo 4.6. Kadınların Doğumdan Korkma Sebepleri

Tablo 4.7. Doğum Sürecinde Yapılan Uygulamalar

Tablo 4.8. Kadınların Doğumunu Tarif Ettiği İfadeler

Tablo 4.9. Kadınların Doğumu Başkalarından Duyduğu İfadeler

Tablo 4.10. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı

Tablo 4.11. Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Gruplar İle İlişkisi

Tablo 4.12. Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Sosyo-Demografik Özellikler İle İlişkisi

Tablo 4.13. Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Obstetrik Özellikler İle İlişkisi

Tablo 4.14. Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Doğuma İlişkin Özellikler İle İlişkisi

Tablo 4.15. Doğum Şekli Ayrımında Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Gruplar ile İlişkisi

Tablo 4.16. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile Bazı Sayısal Değişkenler Arasındaki İlişki

Tablo 4.17. Travmatik Doğum Algısı Düzeyleri ile Gruplar Arasındaki İlişki



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EFM	Elektronik Fetal Monitörizasyon
ACOG	Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği
TENS	Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
ASÇ	Aile Sağlığı Çalışanı
IV	İntravenöz
VCI	Vena Cava İnfior
pO₂	Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı
pCO₂	Parsiyel Arteriyel Karbondioksit Basıncı
C/S	Sezaryen
TTT	Ten Tene Temas
TDAÖ	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
WDBDÖ	Wijma Doğum Beklentisi ve Deneyimi Ölçeği
DSKÖ	Doğum Sonu Konfor Ölçeği
DSYKÖ	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde doğumlarda özellikle son 30 yılda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bunun en önemli göstergeleri; ev doğumlarının azalıp hastane doğumlarının artışı, hastane doğumlarının da daha medikalize bir hal almış olması ve tabii ki sezaryen oranının önerilenin çok üstüne çıkmasıdır.

Geçmişte 'sıradan hayatın bir parçası', 'doğal bir olay' olarak kabul gören doğum eylemi, kadınlar tarafından gayet normal bir şekilde karşılanmaktaydı. Bazı kadınlara göre doğum o kadar doğal bir olay olabilmekteydi ki hiç kimseye haber vermeden kendi kendine doğum yapmaktaydılar. Kadınlar doğurma iç güdülerinin farkında olarak ve bedenlerine güvenerek doğurmaktaydı. Doğum yapan kadınlar ve yanında destek olanlar doğumun fizyolojisine uyumlu hareket ederek, doğurma iç güdüsüne saygılı bir doğum gerçekleştirirdi. Kırsalda yaşamın şimdikinden daha fazla olduğu dönemlerde kadınlar beden gücüyle, çeşitli vücut pozisyonları alarak çalışmaktaydı. Böylece karın, bel ve pelvis kasları gelişmekte ve doğumda ikincil güç olarak daha etkin kullanılmaktaydı. Kadınlar doğumlarını kendi bildikleri ev ortamında, kimseye haber vermeden veyahut destek almak istedikleri kadınlarla birlikte köy ebesi eşliğinde yapmaktaydı. Nesiller boyunca aktarılmış olan bilgiler kasılmalar sırasında, doğum anında ve bebek doğduktan sonra uygulanmaktaydı. Kasılmanın şiddeti ile baş etmeyi desteklemek için, sıcak su, masaj, bitki çayları, aromaterapi, egzersiz gibi uygulamalara yer verilirdi. Manevi destek olarakta dua edilir, Meryem ana otu suya ıslanır ve bu su kadına içirilirdi. Kadınlar tüm bu uygulamaların kendini rahatlatacağına inanırdı. Eylem boyunca kadınların yeme-içmesi kısıtlanmazdı. Kadınlar kasılmaları istediği pozisyonda karşılar ve en rahat ettiği pozisyonda doğururdu. İsteddiği pozisyonu alması için kadın, ebe ve refakatçisi tarafından desteklenirdi. Kadını psikolojik anlamda rahatsız edecek gereksiz müdahaleler olmaksızın, stresten uzak bir şekilde kadın kendi doğumunu yönetirdi. Doğumun doğallığının bozulmadığı, doğumunun fizyolojisine uygun ortam ve şekillerde gerçekleşen doğumlardan kadınlar haz almakta ve 'orgazmik doğum' gerçekleşmekteydi. Doğumun gerçekleşmesini sağlayan hormonlar dış etkenlere maruz kalmadan rahatça

salgılanmakta ve doğumlar her ne kadar ağırlı olsa da kadınlar duydukları haz ve heyecandan dolayı doğumu olumlu bir şekilde algılamaktaydı. Geçmişte hastaneye ulaşım imkanının da olmayışıyla beraber, doğumlar büyük oranda ebenin/köy ebesinin sorumluluğunda yapılmaktaydı. Ancak tıbbi müdahale gerektiren bazı riskli durumlarda hastanenin uzak olması nedeniyle bu süreçte yaşanan anne ve bebek ölümlerinin fazla oluşu göz ardı edilemez bir gerçektir. 1998 TNSA verilerine göre neonatal ölüm oranı binde 25,8 iken; 2018 TNSA verilerine göre binde altıdır. Maternal ölüm oranı 1990 yılında yüz binde 68 iken, 2018 yılında yüz binde 13'tür.

Günümüzde doğum, gerek kadınlar gerekse sağlık profesyonelleri tarafından 'tedavi/müdahale edilmesi gereken bir hastalık' muamelesi görmektedir. Doğum eyleminin 'doğal' olduğu düşüncesi, kadınların doğuştan gelen doğum yapabilme kabiliyetlerine olan inanç yitirilmiştir. O kadar ki 'doğurma' eylemi yerini 'doğurtulma' eylemine bırakmıştır. Kadınlar gebe kaldıkları ilk günden itibaren bir jinekolog arayışı içine girmekte ve sayısız ultrason kontrolleri yaptırarak, gebelik ve doğuma bakış açılarını ortaya koymaktadır. Günümüzün getirdiği, masa başı çalışma, sedanter yaşam tarzı nedeniyle kadınların karın, bel ve pelvis kasları gelişmemekte ve doğumda ikincil güç olarak desteksiz kalmaktadır. Tüm doğumların sadece hastane ortamına taşınması, kadınların ilk defa girdikleri bir ortamda tanımadıkları insanlar eşliğinde doğum yapması stres faktörüdür. Kadınların hastaneye yatışı yapıldığı andan itibaren, yanlarına refakatçi alınmamakta eylem boyunca tek bırakılmaktadır. Tıbbın ilerlemesi ve teknolojinin gelişmesi, genel sağlık sistemi için çok önemli bir adımdır. Ancak 'doğal' bir süreç olan doğumların seyrini değiştirmiştir. Doğumun fizyolojisine aykırı olarak çeşitli medikal uygulamalara maruz bırakılmıştır. Doğumlarda, yararlılığı ispatlanmamış girişimler rutin haline getirilmiştir. Bu rutin uygulamaların kadın bedeni ve ruhuna nasıl yansıdığı göz ardı edilmektedir. Hastane prodesürleri gereği kadınlar eylem boyunca ağızdan beslenmeleri kısıtlanmaktadır. Sürekli EFM, IV sıvı takviyesi gibi nedenlerle kadınlar yatağa bağımlı hale getirilmiş, hareket özgürlüğü ellerinden alınmıştır. Tüm bu durumlar 'stres- hormon döngüsünde bozulma- ağrı' zincirinde beraberinde

getirmiştir. Gebelik ve doğumu medikalize şekilde deneyimlemiş kadınlarda doğuma karşı bir korku oluşmaktadır. Yaşadıkları deneyimi 'doğum sancısı, ağrı, yanma' şeklinde dile getirmeleri aynı zamanda; daha genç olan, geleceğin anne/baba adaylarında etkilemektedir. Kadını travmatize edici uygulamalar sonrası, doğumu olumsuz olarak hatırlayan ve bunu 'korkutucu doğum hikayeleri' şeklinde anlatan bir nesil oluşmuştur. Bu olumsuz etki arkasından sezaryen doğum seçimlerini getirmekte ve sezaryen oranlarını arttırmaktadır. Sezaryen oranlarının artmasında ki en önemli neden kadınların 'doğuramayacağına' inanmaları, ağrı çekmekten kaçınmaları ve bebeklerinin sağlığı için en iyisinin sezaryen olacağına inanmalarıdır. Hem anneye hem bebeğe olumsuz etkileri olan sezaryeni kadınlar normal doğum ağrısından bir kaçış olarak bilinçsizce seçmektedir. Bunun en büyük göstergesi TNSA'nın yıllara göre verilen sezaryen oranlarıdır. TNSA 2018 ve sağlık istatistikleri yıllığı verilerine göre ülkemizde 1993'de %7, 1998'de %14 olan sezaryen oranı, 2017'de %52, 2018'de %54,9'dur. Sadece obstetrik problem olduğunda kurtarıcı operasyon olan sezaryenin önerilenin çok üstünde seyretmesi mutlaka olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Öncelikle sağlık çalışanlarına, gebelere ve ailelerine sezaryenin getirdiği riskler anlatılmalı, sezaryen bir kaçış noktası olarak görülmemelidir. Burada en büyük görev, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu kadınların yanında olan ebelere düşmektedir.

Doğumlarda yaşanan bütün bu değişimler haliyle ebelerin doğumda ki rollerinin de değişimine yol açmıştır. Doğumlar ebelerin ellerinden, hastane ortamına jinekologların eline kaymıştır. Çoğu durumda ebeler, düşük riskli doğumlarda dahi geri plana atılmıştır. Bunun sebebi bazen özel hastanede 'doğumumu doktorumun yaptırmasını istiyorum' diye talepte bulunan 'müşteriler', bazende dava edileceğinden endişe eden sağlık profesyonelleridir. Aynı zamanda medyanında ön ayak olduğu, insanları normal doğumdan ve ebelerden korkutma, uzaklaştırma politikası insanların zihinlerinde yer etmiştir. Bunun sonucu olarak, gebeliği bir hastalık gibi gören, doğum sırasında kendisinin ve bebeğinin sağlığından endişe eden kadınlar normal doğumdan uzaklaşmaktadır. Doğum, kadınlar için travmatik bir olgu haline almıştır. Travmatik doğum algısının yüksek olduğu kadınlarda, postpartum

depresyon riski artmaktadır. Aynı zamanda anne-bebek bağlanması, emzirmeye başlama ve devam ettirme gibi önemli durumlar etkilenmektedir. Anneyi, yeni doğmuş bebeği, diğer aile fertlerini ve gelecek doğurganlık planlarını çok yakından etkilemektedir. Özelde anne-bebeği, genelde ise aile ve toplumu etkileyen travmatik doğum algısı önlenmesi ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur.

Son 30 yılda değişen bu süreçte kadınların ebelik ve doğumla ilgili algısında ve deneyimlerinde farklılıklar olduğunu ve bu farklılıkların günümüz kadınlarını olumsuz etkilediğini düşünmekteyiz. Yaşanan bu değişimi ve sonuçlarını ortaya koyan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu nedenle çalışmamızda, günümüzde yapılan doğumlar ile geçmişte yapılan doğumların algı karşılaştırılması yapılmıştır. Bu çalışmamızda her geçen gün kadınları normal doğumdan uzaklaştıran sebepleri, doğum algılarını olumlu ya da olumsuz etkilemiş olan etmenlerin günümüz doğumlarında ki ve eski doğumlarda ki varlığı ve sonuçlar araştırılmıştır.

Bu çalışmada ki **amacımız**; son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınların doğum deneyimleri ile 50 yaş üstü ve en az bir doğum yapmış kadınların ilk doğum deneyimlerini karşılaştırarak 'eski doğumlar ile yeni doğumların' arasında ki farklılıkları ve sonuçlarını araştırmaktır.

Çalışmanın sonucunda şu sorular cevaplanmış olacaktır;

1. Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların travmatik doğum algıları farklı mıdır?

2. Travmatik doğum algısında değişiklik yaratan faktörler nelerdir?

3. Kadınların doğumdan korkma durumları farklılık göstermekte midir? Doğumdan korkma durumu travmatik doğum algısını etkilemiş midir?

4. Doğumu yaptıran kişi kadınların travmatik doğum algısını etkilemiş midir?

5. Her iki grup için doğum şekli açısından farklılık var mıdır? Doğum şekline göre doğumu travmatik algılama durumu nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum

Normal doğum; fetüsün uterusu ki 40 haftalık(37.-42. haftalar arası) yolculuğunun sonunda uterusun kasılmaya başlaması, serviksin efesman ve dilatasyon süreçleri sonucunda fetüsün, daha sonrada plasenta ve zarların uterusu vajan yoluyla atılması olarak tanımlanabilir (Çalık ve Çetin, 2018b). Düşük riskli gebelik/doğum sınıfında olan kadınların gebelikleri, ani tıbbi gereksinim olmadıkça normal doğumla sonuçlanabilmektedir.

Annenin veya fetüsün hayatını tehlikeye sokabilecek tıbbi bir problemden dolayı normal doğumun gerçekleştirilemeyeceği durumlarda da kurtarıcı müdahale olan sezaryen yapılabilir (Karabel, Demirbaş & İnci, 2018; Brunt, 2005). Sezaryen, ihtiyaç duyulduğunda perinatal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmada etkili iken, tıbbi gerekçe olmaksızın yapıldığında daha da zararlı hale gelmektedir (Bernitz et al., 2019; Çakaloz ve Çoban, 2019; WHO, 2015; Odent, 2017).

Doğum süreci, tarihin ilk çağlarından beri normal olarak kabul edilen vücudun doğal bir işlevi olmakla birlikte, ebeveynler için hayatta az rastlanır deneyimlerdendir (Şahin, 2019; Şahin ve Erbil, 2019; Michal, Dorota & Andrzej, 2018). Kadın, yaşadığı doğum eylemini hayatının geri kalanında anımsayacağı için, olumlu bir şekilde geçirmek ister (Topçu ve Dişsiz, 2018). Doğum deneyimini olumlu hale getirmek için gerekli donanıma sahip olan ebeler, doğumun ayrılmaz bir parçasıdır.

2.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Durum

Günümüzde doğum müdahale gerektiren bir süreç gibi görülmektedir. Doğuma yüklenen medikalizasyon insanları normal doğumdan uzaklaştırmakta; normal doğuma atfedilen riskler insanları korkutarak riskleri gözardı edilen sezaryen doğuma yöneltmektedir (Odent, 2017). Sezaryene yönelimde hiç kuşkusuz medya kolunun da etkisi bulunmaktadır. Medya aracılığıyla dizi, film, belgesel, sosyal medya paylaşımları vs. ile normal doğumun ve ebelerin korkunç olduğu, sezaryenin ise çok avantajlı ve sağlıklı bir yol olduğu vurgusuyla sıklıkla karşılaşmaktayız. Aynı zamanda normal

doğum adı altında gerçekleştirilen doğumlar ise çokta 'normal, doğal' seyretmemektedir. Doğumun medikalizasyonu fazlaca abartılmakta ve neredeyse tüm doğumlarda bir uygulamada bulunmaktadır. Bu durum doğumları ebelerin ellerinden uzaklaştırmakta ve kadınların memnuniyetini azaltmaktadır (Clesse, Lighezzola-Alnot, Lavergne, Hamlin & Scheffler, 2018; Evcili ve Dağlar, 2019; Jouhki, Souminen & Astedt-Kurki, 2017; Yazgan, 2014).

Dünyada ve ülkemizde sezaryen oranları her geçen gün artış göstermektedir (Kokanalı, Ayhan, Devran, Kokanalı & Taşçı, 2018). Bu oranlar; Ülkemizde 1993'de %7, 1998'de %14, 2012'de %48 olan sezaryen oranı her yıl artış göstermeye devam ederken; 2017 yılında %52, 2018 yılında %54,9 gibi çok yüksek bir oranla sezaryende dünya birincisi konumunda bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019; Sağlık Göstergeleri, 2018).

Yanikkerem ve Çimen'in hemşireler ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin doğum yöntemi %80,3 oranında sezaryendir. Aynı çalışmada hemşirelerin; %40,3 oranında doğum yönteminin kadının tercihine bırakılması gerektiğini savunmuşlardır (Yanikkerem ve Çimen, 2017). Ünal ve Taşpınar'ın yaptı çalışmada ise sağlık çalışanlarının sezaryen doğum oranı %74,5 bulunmuştur (Ünay ve Taşpınar, 2018). Başka bir çalışmada doktorların %100'ünün, ebelerin ise %48,7'sinin sezaryen ile doğum yaptığı görülmüştür (Derya ve Güler, 2014). Günümüzde yapılan 'anne isteğine bağlı' sezaryen oranı azımsanmayacak kadar çoktur (Ovalı, 2018). Doğum bir hastalık gibi görülmekte, bu nedenle müdahale edilmesi gereken bir süreç gibi davranılmaktadır (Özcan, 2018). Sağlık profesyonellerinin, öğrencilerin doğum yöntemi hakkında düşüncelerini ortaya koyan bu çalışmalar, toplum için özellikle kadınlara doğum yöntemi açısından örnek teşkil edebilecek, danışmanlık sağlayacak olan bu gruba da gerekli eğitimler verilmesi gerektiğini göstermektedir (Tektaş, Bozkurt, Ergin & Sezgin, 2018).

Dünya'da ve ülkemizde sezaryen oranlarının azaltılıp normal doğumun iade-i itibarında ve kadınların doğum memnuniyetlerini yükseltecek kilit rol ebelerdedir. Gerek gebelik öncesi danışmanlık, gerekse gebelikte, doğumda ve doğum sonu süreçte çok önemli rollere sahip olan ebelerin; bu dönemlerde

kadının doğum algısının, memnuniyetini ve bir daha ki doğumu için karar alma sürecini etkilediği unutulmamalıdır (Korkut ve Kaya, 2019; Wang, Sun & Zhou, 2012; Yaşar, Aydın & Gençtürk, 2019; Karabel vd., 2018; Monari, Di Mario, Facchinetti & Basevi, 2008; Çakaloz ve Çoban, 2019).

2.2. Doğum Algısı

Kadınlar doğum sürecinde çok farklı duygular yaşamaktadır. Değişen hormonal döngü ve fizyolojik değişiklikler duygusal durumda da farklılıklara yol açar. Tuhaf bir şekilde duygusal değişiklikler hormonal döngüyü etkilerken, hormonlarda psikolojiyi etkilemektedir. Tüm bunların sonucu olarakta kadın doğum sürecini daha önce yaşamadığı, öngöremediği duygusal değişikliklerle birlikte farklı bir algıyla karşılar. Her doğumda farklı bir psikoloji yaşanır ve kadınların hiç bir doğumu birbirine benzemez. Kadınlar doğum hikayelerini anlatırken yaşadıklarını farklı duygusal gerekçelerle donatırlar (Sayiner ve Demirel, 2018).

Doğum algısı, kadının tüm bu duyguları yaşamasına yol açan; hissettiği ağrı, eşinden, yakınından veya ebeden aldığı destek, doğuma aktif katılım, bu süreçte bulunduğu ortam ve uygulamaların tümünün kadının hafızasında nasıl yer ettiğidir. Beklentiler, ihtiyaçlar, kültür, eğitim, tecrübe, kadının gebelik ve doğumu riskli algılama durumu; tüm bunlar her kadının her doğumda kendi hikayelerini yaratmasını sağlar (Evcili ve Dağlar, 2019; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004; Bilgi, Demirel & Dağlar, 2018; Çalık ve Çetin, 2018a). Doğum algısının uzun vadede tartışılmaz bir etkisi olduğu görülmektedir. Olumlu veya olumsuz doğum algısının bıraktığı izlerin, emzirmeden bir daha ki doğum şeklinin karar verilmesine kadar bütün süreçlerde etkisi olduğu bilimsel çalışmalarla ortaya koyulmuştur (Altıparmak, 2014; Aune et al., 2015; Hür ve Demirci, 2017; Jouhki et al., 2017; PennySimkin, 1991).

Bu nedenlerden dolayı doğumları ve doğrudan kadınların doğum algılarını güzelleştirebilecek yetenekte/güçte olan ebelerin; doğum algısını etkileyen faktörleri, bunların sonuçlarını çok iyi bilip, buldukları tüm doğumlara

taşımaları oldukça önemlidir (Çıtak Bilgin, Ak, Coşkuner, Potur & Ayhan, 2018; İldan Çalım, 2014; Suar, 2018; Yazgan, 2014).

2.2.1. Doğum Algısını Etkileyen Faktörler

Doğum sürecinde kadının içinde bulunduğu hormonal çalkantılar; duygu, düşünce ve ruh halini doğrudan etkilemektedir. Doğum sürecine destek olan, olmazsa olmaz endorfin, oksitosin gibi hormonların salgılanabilmesi için kadını hem fiziki hem duygusal anlamda desteklemek elzemdir (Aune et al., 2015; Pınar, Doğan, Algier, Kaya, Çakmak, 2009; Çetin ve Çalık, 2018).

Kadının yaşayacağı doğum algısını etkileyen faktörler; kadının algıladığı ağrı, doğumunda karar alma sürecine katılması, çevresinden aldığı destek, mahremiyetine saygı gösterilmesi, süreci geçirdiği ortam, doğumun şekli, süresi ve doğumda ki müdahaleler(oksitosin, lavman, amniyotomi, vakum vs.), ebeler ile iletişimi, bebeği ile kurduğu ilk tensesel temas ve kadının doğum beklentisidir (Altıparmak, 2014; Aune et al., 2015; Chang, Coxon, Portela, Furuta & Bick, 2018; Jouhki et al., 2017; PennySimkin, 1991; Yılmaz, 2017; Dahlberg & Aune, 2013).

Gebelerin doğum öncesi eğitimini veren ve doğumlarında bulunan ebelerin, pozitif doğum algısına katkı sağlamak amacıyla bu faktörleri çok iyi bilmesi gerekmektedir (Çıtak Bilgin vd., 2018; Güngör, 2004; İldan Çalım, 2014; Kurt Can, 2018).

2.2.1.1. Ağrı

Ağrı; birçok faktörün etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık, subjektif bir olgudur. Ağrı deneyimini; fiziksel, çevresel, ruhsal ve kültürel değişkenler etkilemektedir. Ağrı olgusu insanın günlük hayatını, sağlığını etkileyecek boyutta olabilmektedir (Vakilian, Keramat & Gharacheh, 2018; Köksal ve Duran, 2013; Kömürcü, 2013).

İnsanlığın varoluşundan süregelen doğum olayı, doğum yapan kadınlar tarafından 'ağrılı' bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Brunt, 2005). Doğum ağrısını azaltmaya yönelik geçmişten günümüze, dünyada ve anadoluda ebeler tarafından kullanılagelen tamamlayıcı ve alternatif yöntemler vardır (Michal

et al., 2018; Topçu ve Dişsiz, 2018; Vakilian et al., 2018). Aromaterapi, masaj, çeşitli bitkiler, sıcak su uygulaması ve dik pozisyonların anneye ve bebeğe olumlu etkisi; günümüzde birçok bilimsel çalışmayla kanıtlanmaktadır (Vakilian et al., 2018; Chen et al., 2019; Kömürcü, 2013; Ertaş ve Durmaz, 2020).

Düşük riskli gebelik/doğum kategorisinde olan kadınlar genellikle gebeliklerini normal doğumla sonuçlandırabilecekken birçok nedenden dolayı sezaryeni tercih etmektedir. Bu nedenlerden en büyüğü eylem boyunca deneyimlediği veya deneyimleyeceğine inandığı ağrı olgusudur (Vakilia et al., 2018; Ergin ve Mallı, 2019; Sayiner, Özerdoğan, Giray, Özdemir & Savcı, 2009). Bilgiç ve ark. yaptığı çalışmada kadınlar, “doğum her zaman çok acı vericidir” ibaresini %97,8 oranında doğru kabul etmiştir (Bilgiç vd., 2018). Bu çalışmanın sonucu kadınlarda görülen bilinçaltı kirliliğine dikkat çekmektedir. Hiç doğum yapmamış bir kadına doğum yapmaya giderken ‘allah kurtarsın’ deme geleneği bilinçaltı kirliliğine bir örnektir. Bu alışkanlıktan kurtulup ‘allah bağrında kavuştursun’ veya ‘allah sağlıcakla kucağına aldırısın’ demeye geçmeli ve bilinçaltı temizliği sağlanmalıdır. Bunun yoluda gebelik öncesi eğitimleriyle ve pozitif doğum algısı yaratmasıyla tabuları yıkacak olan ebelerden geçmektedir (Şeref ve Gözütok, 2018; Çifçi, 2019).

Doğum sürecinde algılanan ağrı düzeyi her kadın için farklıdır. Kadının ağrısı ile başetmesine yönelik herhangi bir girişimde bulunulmasıyla kadının hissettiği ağrının azaltılması, kadının doğum algısının olumlu yönde etkilenmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle ebeler, doğumunda buldukları kadınlara ağrı algılarının farklı olduğu bilincinde olarak ağrı ile nasıl başetmeleri gerektiği konusunda yol gösterici ve destekleyici konumda olmalıdırlar (Köksal ve Duran, 2013; Waldenström et al., 2004; Kömürcü, 2013).

2.2.1.2. Doğum Korkusu

Doğum kadın için bilinmezlerle çevrili bir olaydır. Her anı sürprizlerle dolu olabilmektedir. Bu bilinmezlik insanda anksiyete yaratmaktadır. Gebe kadınların, hatta gebelik planlayan kadınların dahi akıllarında; “Doğumum ne

zaman başlayacak?, Suyum ne zaman gelecek?, Kaç saat sürecek?, Hastaneye yetişebilecek miyim?, Ne kadar ağrılı olacak?, Nasıl baş edeceğim?, Başıma bir şey gelecek mi?, Bebeğime bir şey olacak mı?, Ebeler nasıl davranacak?” gibi anksiyete yüklü bir çok soru vardır. Doğum anında kontrolünü kaybetme düşüncesi, ölme düşüncesi, kendine veya bebeğine zarar gelmesi düşüncesi, doğum yolunun fiziksel zarara uğrama düşüncesi, sağlık personelinin olumsuz davranışını deneyimleme veya başkasından duyma, korkutucu doğum hikayeleri, doğumun olumsuz tecrübe edilmesi, her doğumun kendine has bilinmezliği gibi sebeplerle doğum korkusu ortaya çıkmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018; Çetin ve Çalık, 2018).

Gerekli bilgilendirme yapılmamış ve eğitim almamış olan gebelerin bu anksiyete yüklü soruları giderek büyüyen bir kaygıya dönüşür; kaygılar ise doğumunun başlamasıyla birlikte yerini ağrıya bırakır (Uzun ve Dağ, 2019; Atasever ve Çelik, 2018; Bardacke, 2017). Doğum eylemi ile ilgili korku nedenleri farklılık göstermekle birlikte; kendisinin veya bebeğinin öleceğini düşünme, ağrı yaşayacağını düşünme, sağlık personeli ile güvenli iletişim kuramama, kontrol kaybı yaşayacağını düşünme, yırtık/dikiş olacağını düşünme, mahremiyet ihlali yaşayacağını düşünme olarak sıralanabilir (Kapısız, Karaca, Özkan & Savaş, 2017; Atasever ve Çelik, 2018). Korkuyu giderecek en iyi ilaç ‘bilgi’dir. Bu yüzden ebeler, gebelik döneminde ki kadına doğum eğitimi vermelidir (Atakır, 2018). Sistematik bir şekilde doğuma hazırlık eğitimi almış gebelerin, bakım sağlayıcıları ile daha iyi iletişim kurabildiği, doğum sırasında karar verme sürecine katıldıkları, doğum ağrısı algısını azaltarak doğum deneyiminden duyulan memnuniyeti arttırdığını bulmuşlardır (Akça vd., 2017).

2.2.1.3. Doğuma Aktif Katılım

Doğuma aktif katılım; kadının doğum sürecinde yaşadığı kontraksiyonlardan doğum anında ki pozisyonuna kadar içgüdüsel olarak yaşadığı tüm duygulara saygılı bir ortamın oluşturulması anlamına gelir. Kadın; ‘doğurtulma’ değil ‘doğurma’ mesajı almalı ve bu yönde desteklenmelidir (Altıparmak, 2014; Bardacke, 2017; England & Horowitz, 2019).

Doğum eyleminde kadın kendisi ve bebeği ile ilgili kararlara katılmayı, verdiği kararlara saygı gösterilmesini, karşılıklı iletişimde sadece dinleyen değil dinlenen olmayı istemekte ve doğumunda alacağı pozisyonlara karar vererek kontrol duygusu kurmaya çalışmaktadır (Yaldır, I.A. , 2016). Oluşturacağı bu kontrol duygusu, otonomisine saygı gösterilmesi kadının doğumdan memnuniyetini arttırmaktadır (Bayraktar, 2018).

Kadınlar doğumlarına aktif katılım sağladığı zamanlarda doğum algılarının olumlu etkilendiği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Jouhki et al., 2017; Elmas, Yeyğel & Saruhan, 2017).

2.2.1.4. Sosyal Destek ve Sürekli Ebe Desteği

Tarihten günümüze doğum yapan kadın aileden bir kişi, arkadaş, diğer kadınlar veya bir ebe tarafından doğumla başedebilmesi açısından desteklenmiştir. Son yüzyılda doğumların evden hastanelere taşınmasıyla birlikte bu süregelen sistem değişikliğe uğramış ve gebeler eylem boyunca sosyal destek sisteminden mahrum bırakılmıştır. Günümüzde ebeklik destek sisteminin yerini medikalize/teknolojik yaklaşım almıştır (Vural ve Erenel, 2017). Ebeklik mesleğinin bağımsız rollerinden uzaklaştırılmış; gebelerin rutin kontrollerini doktorlar yapmakta olup, ebeler geri plana itilmiştir. Sağlık sisteminin yol açtığı bu boşluk gebelerin sadece tıbbi bakım ihtiyacını karşılamaktayken, sosyal destek ihtiyacını geri plana atmaktadır (Okumuş, 2016). Bu döngünün başlamasıyla sezaryen oranları hızla artış göstermiştir. Sezaryen oranlarının düşmesi; bu döngünün kırılması, ebelerin bağımsız rollerine sahip çıkması ve bu rollerinin önünün açılması ile gerçekleşecektir (Şimşek, Demirci & Bolsoy, 2018; Brunt, 2005; Kerimoğlu ve Pala, 2011). Bu nedenle, Aile Sağlığı Çalışanı (ASÇ) olarak nitelendirilerek isimlerinin kullanılmaması, ebeklik mesleğini yok etmeye neden olabileceği için; 'Aile Sağlığı Ebekliği' sistemi getirilmelidir (Yılmaz ve Aksoy, 2018).

Kadının doğum sürecinde aldığı sosyal destek; eşinin, annesinin, ebesinin veya yanında olmasını istediği herhangi bir yakınının kadına psikolojik destek verdiği, rahatlmasını sağladığı ve masaj yapıp kadını fiziksel olarak rahatlatılabildiği, dolaylı olarak kadının doğum algısını doğrudan etkilediği

çalışmalarla ortaya koyulmuştur (Tokat, 2019; Çolak, Akın & Turfan, 2019; Pınar vd., 2009; Brunt, 2005). Gebeliğinden itibaren kontrollerini yapan ebe ile doğum yapan kadınların, daha olumlu doğum algısına sahip olduğu ortaya koyulmuştur (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017).

Kadınların doğum sürecinde sosyal destek alabileceği ortamlar günümüzde mevcut olmamakla birlikte bazı özel hastanelerde eşin veya bir yakınının doğumunda bulunulmasına izin verilmektedir. Uzel ve Yanikkerem'in normal doğum yapmış 325 kadınla yaptığı bir çalışmada; kadınların %99.4' ünün yanında yakınlarından kimse olmamasına karşın, %96.6' sının yanında yakınlarından birinin kalmasını istediği bulunmuştur (Uzel ve Yanikkerem, 2018).

Sosyal destek isteyen her kadının prekonsepsiyonel dönemden, postpartum döneme kadar bu desteği alabilmesi için iki ebeğin sürekli takibinde olması sağlanmalı ve uygun ortamlar oluşturulmalıdır (Yıldız, 2019; Çıtak Bilgin vd., 2018; Jouhki et al., 2017; ACOG, 2019). Ebelerin bağımsız rollerinden olan; kişi ile etkili ve sürekli iletişimin kurulabilmesi ve sosyal destek sürekliliğinin sağlanması için altyapı oluşturulmalıdır (Şimşek, 2018; Öztürk, Sayiner & Bayar, 2017). Bu altyapı; 'sağlam temeller üzerine oturtulmuş ebelik modeli, ebe-gebe merkezli doğumevleri ve her gebeye iki ebe' üçlüsüyle sağlanabilir.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) pozitif doğum deneyimi için kadınların istediği birinden destek alma hakkına sahip olmaları gerektiğini ve kadının doğumu, bildiği bir veya iki ebe ile birlikte yapabilmesi hakkına sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır (Yıldız, 2019).

2.2.1.5. Mahremiyetin Korunması

Mahremiyet kelimesi 'gizlilik' anlamında olup, kişinin bedeninin, tıbbi bilgilerinin veya kişisel bir sırrının herkese bildirilmeden, ihtiyaç dahilinde asgari düzeyde kişinin bilmesini ve görmesini sağlamaktır.

İnsan haklarının en önemli konularından olan ve etik kurallar içerisinde yer alan mahremiyet konusu, en çok sağlık alanında ön plana çıkmaktadır. Özellikle, hayatında belkide ilk defa yaşayacağı doğum olayında kadının en mahrem alanında bulunan ebelik mesleği, doğal olarak mahremiyete en çok

dikkat etmesi, saygı göstermesi gereken bir meslektir. Candan ve Bilgili'nin (2018) 385 ebe ve hemşire ile yaptığı çalışmada, ebe ve hemşirelerin mahremiyet algı puanları, eğitimin artmasıyla birlikte artmasına rağmen puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Candan ve Bilgili, 2018).

Mahremiyetin korunması, aslında kişiye gösterilen saygıdır. Bu yüzden kendisine saygı gösterilmeyen bir ortamda bulunduğunu ve her an mahremiyetinin bozulacağını düşünmek kadın için stres kaynağıdır. Stres ise doğum anında hormonal dengeyi bozabileceği için sakıncalıdır (Mete, 2013; Jouhki et al., 2017; Moloney & Gair, 2015).

Kadının mahremiyetine saygı gösterileceğinin garantisinin verilmesi ve aynı şekilde odaya girerken kapının çalındığını, kişinin rahat edebileceği kıyafetleri vererek bu sözün uygulandığını görmek kadına güven ve rahatlama hissi verecektir. Buda doğum algısını etkilen önemli bir husustur (Chang et al., 2018; Moloney & Gair, 2015; Bayraktar, 2018).

2.2.1.6. Doğum Beklentisi

Doğum algısını etkileyen en önemli faktörlerden biride doğum beklentisidir. Doğum beklentisi; kadının psikolojisini hazırladığı bir eşiktir. Olumlu yada olumsuz olabilmektedir. Beklentiyi şekillendiren en önemli etmenlerden biri ise kadının şimdiye kadar duyduğu bütün doğum hikayelerinin birleşimidir (Uçar, 2013; Yılmaz, 2017).

Eskiden doğumlar yaşamın doğal bir parçası olarak kabul görür, kadınlar içdüşel olarak, bazen kendi kendine bazende kadın dayanışmasıyla doğururdu. Tarlada çalışırken çömelip kendi kendine doğuran kadınların; tek başına sessiz bir yerde doğurmak için samanlığa giden kadınların hikayeleri günümüze kadar ulaşırsa artık bunları görmek pek mümkün değildir. Burada anlatılmak istenen asıl mesele kadının teknoloji ve tıp biliminden uzaklaştırmak istemek değildir. Kadınlar özünde doğurma içgüdüsüne sahiptir. Aynı zamanda doğumun fizyolojisine uygun olan yerleri sezgisel olarak bulup, istediği pozisyonda doğurmaktaydılar. Ancak günümüz doğumlarında bu içgüdüsel davranışlara rastlamak çok zordur. Çünkü doğumlar, doğumun fizyolojisine uygun olmayan yerde ve pozisyonda, gereksiz tıbbi müdahalelerle

gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Bu nedenle eski doğum hikayeleri pozitif anlam yüklü iken şimdi ki hikayeler negatif anlam yüklüdür (Selman, 2018; Çakkal, 2018).

Burada en önemli nokta; doğum algısını etkileyen bir faktör olan doğum beklentisinin, aslında diğer kadınların yaşadığı deneyimlerin aktarılması sonucunda oluşmuş olmasıdır. Aslında doğum hikayelerini aktaran kadınların doğum algıları pozitif olması, güzel doğum hikayelerin anlatılması sonucu diğer kadınların algılarını da olumlu yönde etkileyecektir. Bu nedenle günümüz doğumlarının eskiden olduğu gibi sezgisel olmasına müsaade edilmesi, hikayelerin tekrar güzelleşmesinin en önemli yoludur (Çıtak Bilgin vd., 2018; Uçar, 2013; Yılmaz, 2017).

2.2.1.7. Doğum Ortamı

Doğumun nasıl bir ortamda gerçekleşmesi gerektiğini söyleyebilmek için öncelikle doğumun fizyolojisinin anlaşılması gerekir (Okumuş, 2018). Doğum eyleminin ve kadının doğum için tasarlanmış organlarının normal işleyebilmesi için bazı gereksinimleri vardır. Doğum; bu gereksinimlere saygı duyulmasını bekler. Aslında doğumun fizyolojisi doğal akıştan, sakinlikten ve sabırdan başka bir şey istememektedir (Bardacke, 2017). Günümüzde; doğumun fizyolojisine aykırı olarak doğum eylemine entegre edilmiş girişimlerin (sürekli EFM (Elektronik Fetal Monitörizasyon), suni oksitosin, lavman, epizyotomi vs.) rutin olarak uygulanmasıyla doğumun fizyolojisine aykırı davranılmaktadır (Okumuş, 2018; Albayrak, 2018; Brunt, 2005).

Doğumhane ortamlarının, gebelere hastaymış izlenimi vermekten çıkarılıp, daha çok ev ortamı hissi vermesi sağlanmalıdır (Selman, 2018). Odaya girer girmez, EFM cihazı, serum askılıkları, doğum masası vs. görülmemesi için, gerektiğinde kullanılmak üzere uygun dolaplara koyulması gebenin anksiyetesini azaltacaktır. Doğum odalarının gebenin rahatça hareket edebileceği genişlikte boş alanlar bırakılması; duvarlara gebenin yapabileceği hareketlerin resimlerinin olması, odada doğum topu bulundurulması gebeyi hareket etmesi için teşvik edecektir (Okumuş, 2018).

Doğum odalarının, kadının neokorteksini uyaran ve oksitosin salınımını sekteye uğratan gereksiz ses, ışık, gözlemlenme hissi gibi uyaranlardan arındırılması doğumun ilerleyişi için oldukça önemlidir (Çalık ve Çetin, 2018b). Bu nedenle, odanın parlak ışıklar yerine loş ışıklandırılması; kadının sevdiği bir şarkının, etkisi kanıtlanmış müzik türlerinin veya kuş sesi, dalga sesi gibi doğal seslerin hafif bir şekilde çalınması bu uyaranların uzaklaştırılmasında etkili olacaktır (Çakkal, 2018; Okumuş, 2018; England & Horowitz, 2019) .

Doğum sürecinin geçirildiği ortam ve kişiler gerekli hormonların salınımı, anne memnuniyeti ve doğumun sağlıklı ilerleyebilmesi açısından oldukça önemlidir (Sayiner, Öztürk, Ulupinar, Velipasaoglu & Corumlu, 2019). Özellikle yabancı bir ortamda yabancı kişilerle birlikte olmak kadın için anksiyete kaynağıdır (Dahlen, Barclay,& Homer, 2010; Jouhki et al., 2017; Kurt Can, 2018; Pınar vd., 2009). Ev doğumları ile hastane doğumlarının kıyaslandığı çalışmalarda; evde gerçekleşen doğumlarda annelerin memnuniyet düzeylerinin daha yüksek bulunmasının sebepleri; alışkın oldukları ortam ve kişiler olması, gereksiz girişimlerde bulunulmamış olmasıdır (Bayram, 2009; Dahlen et al., 2010; Jouhki et al., 2017; Yaşar vd., 2019). Gebelere doğum öncesi eğitim veren ebelerin doğumlara girmesi ve kadının tanıdığı ebe ile doğum yapmış olması sonucunda doğum algılarının yüksek oranda olumlu olduğu saptanmıştır (Altıparmak, 2014; Chang et al., 2018; Pınar vd., 2009; Thiessen et al. 2016).

Bu nedenle; süreklilik gösteren bir ebelik bakımı; ebe merkezli doğumevlerinin desteklenmesi; hali hazırda ki doğumhane koşullarının ev konforunda doğum odaları şeklinde, doğumun fizyolojisini destekleyici hale getirilerek, gereksiz ışık, ses ve kişilerden arındırılması, gebeyi hareket etmeye teşvik edici resimler, rahatlatıcı hafif müzikler, kokular vs. gibi koşulların anne-bebek dostu hastane kapsamında düzenlenmesi, kadınların pozitif doğum algıları açısından oldukça önemlidir (Aune et al., 2015; Thiessen et al. 2016). Bütün bu bileşenleri içinde barındıran ev doğumları desteklenmeli (Sandall, 2014), güvenli evde doğum politikası düzenlenmeli ve geliştirilmelidir (Kumru ve Topuzoğlu, 2019).

2.2.1.8. Doğumun Şekli ve Süresi

Doğumun normal ya da sezaryen ile gerçekleşmesi, doğum sürecinde ki müdahaleler (lavman, amniyotomi, epizyotomi, vakum vs.), doğumun uzaması doğum algısında rol sahibi etmenlerdir (Clesse et al., 2018; Yazgan, 2014).

Şüphesiz, doğum şeklinin erken ve geç dönemde kadın sağlığı ve yenidoğan sağlığı üzerinde birçok etkisi vardır (Armağan, 2018). Sezaryenle doğum yapılması gereken durumlarda, önceden planlanan tarihte yapılmasını değil, doğumun kendiliğinden başladıktan sonra sezaryen yapılması önerilmektedir. Bu durum kadınların doğum algısını oldukça etkilemektedir (Çakkal, 2018).

Normal doğum yapan kadınların doğum algılarının daha olumlu, doğum sonu memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan ve Bal, 2019; Aune et al., 2015; Jouhki et al., 2017; Pınar vd., 2009). Bir çalışmada aktif faz süresi kısa süren kadınlarda ikinci evre olumlu etkilendiği, doğum sonu memnuniyeti etkilemediği bulunmuştur (Göker, 2019). Doğum süresinin uzamasının, doğum deneyimini olumsuz etkilediği ortaya koyulmuştur (Akgün, 2016; Suar, 2018). Müdahalesiz doğum yapan kadınların doğumdan duyduğu memnuniyet daha yüksek bulunmuştur (Suar, 2018; Thiessen et al. 2016). Sezaryen olan kadınlarda genel anestezi yerine spinal anestezi tekniği önerilmektedir (Ağaçayak vd., 2019).

Doğum algısının olumlu yönde olabilmesi açısından, kadınlara doğum öncesi eğitimlerle normal doğum, sezaryen doğum, sezaryen sonrası vajinal doğum anlatılmalı, doğum sürecinde gereksiz müdahalelerden kaçınılmalı, 'organik doğum' desteklenmeli ve doğumun uzamasını önlemek için kanıta dayalı ebelik uygulamaları; kadınların dik pozisyonlarda olması, suda doğum, aromaterapik yağ kullanımı, oral karbonhidrat alımı ve güvenli evde doğum yaygınlaştırılmalıdır. Ebeler kadınların doğum şekli tercihlerinde kilit rol sahibidir (Gözükara ve Eroğlu, 2011; WHO, 2018; Rahmani, Khakbazan, Yavari, Granmayeh & Yavari, 2012; Çetin, 2018; Yıldız, 2018; Öztürk, 2018; Bülbül, 2018).

2.2.1.9. Doğumda Yapılan Müdahaleler/Uygulamalar

Doğum eylemi sırasında yapılan uygulamaların kanıt temelli olması, hem sağlık bakım sağlayıcıları hem de sağlık bakımını alan kişiler açısından oldukça önemlidir. Doğumda kanıta dayalı uygulamalar; rutinde olup yararsızlığı ortaya konulmuş bir uygulamanın kaldırılması ya da rutinde olmayıp yararı ortaya konulmuş bir uygulamanın kullanılmasına karar verilmesini sağlamaktadır. Doğum eylemi sırasında yapılan gereksiz müdahalelerin anne ve bebeğe zarar vermesinin önüne geçilirken; yapılmasında yarar olduğu kabul edilmiş bir uygulama ile sağlık standardının yükseltilmesi, verilen bakımın nitelikli ve profesyonel olması anlamına gelmektedir (Başgöl ve Beji, 2015a; Başgöl ve Beji, 2015b). Ayrıca verilen bakım hizmetinin kişiye özgü olduğunu giderek tüm dünya kabul etmektedir. Kişiye özgü bakım verilmesi; kişinin o an ki sağlık göstergelerini, kişinin bireysel tercih ve isteklerini, kültürünü, değerlerini göz önüne alarak verilen profesyonel kararlardır. Kişiye özgü bakım demek aslında rutin uygulamaların dışına çıkılması anlamına gelmektedir. Hastane protokolleri bazı noktalarda esnetilebilir olmalıdır. Örneğin; su içmek isteyen bir gebenin riskli bir durumu yoksa su verilebilmeli, kendisine destek olmasını istediği birisi varsa yanına alınabilmelidir (Bülbül, 2018).

Doğum eyleminde yapılan uygulamalar birinci evre uygulamaları, ikinci evre uygulamaları ve üçüncü evre uygulamaları başlıkları altında incelenecektir.

2.2.1.9.1. Birinci Evre Uygulamaları

Doğum eyleminin ilk evresi, dilatasyon ve efsman sürecinin tamamlandığı zaman dilimidir. Bu evrede gebe kontraksiyonlarını giderek artan şiddet ve sürede hisseder. Kadın doğum eylemi boyunca hormonlar dolayısıyla; en güçlü, en sabırlı aynı zamanda da en duygusal ve en kırılgan ruh haline sahiptir. Kadının değişen gereksinimlerini yerine getirerek ve bakımını sağlayarak doğum sürecinde gebenin en yakınında olan ebeler; yaptıkları uygulamaların; yararlılığını, yararsızlığını veya zararlılığını bilmek zorundadır (Başgöl ve Beji, 2015a; Bal ve Yılmaz, 2017).

2.2.1.9.1.1. Doğumhaneye Geç Kabul

Doğumhaneye aktif doğum eylemi başlamamış olan gebelerin kabul edilmesi ile medikalize doğum ihtimalinin arttığı çalışmalarla ortaya konulmaktadır. Henüz kontraksiyonları başlamamış, dilatasyonu 4 cm altında olan gebelerin doğumhaneye kabulünün ertelenmesi; gebelerin doğum salonunda geçirdikleri zamanın azaltılması ve daha az müdahale edilmesi adına önemlidir (Başkaya ve Sayiner, 2018).

2016' da yapılan bir çalışmada; servikal açıklığı 4 cm'nin altında olan gebelerin doğumhaneye yatışının yapılması ile sezaryen oranı ve müdahaleye maruz kalma oranının artış gösterdiği ortaya koyulmuştur (Kauffman, Sauter, Katon & Sitcov, 2016).

2014 yılında 500 kadınla yapılan kesitsel bir çalışmada; doğumhaneye latent fazda kabul edilen ve aktif fazda kabul edilenleri karşılaştırmış ve sonuç olarak; membran rüptürü, oksitosin uygulaması ve sezaryen oranı doğumhaneye geç kabul ile anlamlı derecede az bulunmuştur (Chuma, Kihunrwa, Matovelo & Madendeka, 2014).

2017'da yayınlanan 209 kadını içeren sistematik analiz çalışmasında ise; oksitosin ihtiyacı ve analjezi isteğinin, doğumhaneye geç kabul ile azaldığı, gebenin kontrol duygusunun arttığı görülmüştür (Lauzon & Hodnett, 2017).

DSÖ pozitif doğum deneyimi için; aktif fazı servikal açıklığın 5 cm ulaşmasından itibaren tanımlanmasını ve doğum için hastaneye başvuran kadınların aktif fazdan (yani 5 cm açıklıktan) itibaren kabul edilmesini önermektedir (Yıldız, 2019).

2.2.1.9.1.2. İndüksiyon-Augmentasyon

Normal doğum sürecinde hormon salınımı doğal olarak başlamakta ve uterin aktiviteye, ekspulsiyona, plasentanın doğumuna ve hatta süt salınımına neden olmaktadır. Bütün bu süreçlerde hormonların birbirleriyle uyumlu dansı kilit rol oynamaktadır (Bay ve Özerdoğan, 2018; Sayiner ve Demirel, 2018).

Bazı nedenlerden dolayı doğum eyleminin başlatılması(indüksiyon) veya başlamış olan eylemin hızlandırılması(augmentasyon) amacıyla uterotonik

olan sentetik oksitosin uygulanmaktadır. Anneye ya da bebeğe ait endikasyondan dolayı kullanıldığında medikal oksitosin indüksiyonu; obstetrik gerekçe olmadan, sadece doğum sürecinin hızlanması adına veya psikolojik nedenlerle (örneğin; annenin ajite olduğu durumlarda) kullanıldığında elektif oksitosin indüksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Bay ve Özerdoğan, 2018). DSÖ sadece obstetrik endikasyon varlığında sentetik oksitosin kullanımını önermektedir. Neredeyse doğumhaneye her yatışı yapılan kadına rutin olarak oksitosinin kullanılması, bu uygulamanın yararından çok zararını beraberinde getirmesine sebep olacaktır (Demirel ve Çelik, 2013).

Sentetik oksitosin ile doğal oksitosinin yapıları, işlevleri benzer olsada diğer hormonlar ile işbirlikleri farklı olmaktadır. Vücuttan doğal olarak salınan oksitosin beyin bariyerini geçer ve vücudun doğal olarak ürettiği endorfin hormonunu da beraberinde yükseltir. Buna karşın sentetik oksitosin beyin bariyerini geçecek yapıya sahip olmadığı için endorfin salınımı olmayacak ve kadın en önemli ağrı kesiciden mahrum kalacaktır. Bu durumda kadın daha çok ağrı hissedecek, kontraksiyonlarla baş etmede zorluk yaşayacaktır. Kadınların normal doğumdan korkma ve sezaryen isteme sebeplerinden en önemlisi olan doğum ağrısı, sentetik oksitosin kullanımı ve doğal endorfinlerin saf dışı bırakılmasıyla daha da artmış olacaktır (Bay ve Özerdoğan, 2018; Sayiner ve Demirel, 2018).

Ayrıca sentetik oksitosinin başka komplikasyonları da bulunmaktadır. Bunlar (Demirel ve Çelik, 2013);

- Hiperstimüle kontraksiyonlar
- Taşisistol
- Hızlı doğum
- Artmış sezaryen oranı
- Ablasyo plasenta
- Uterus rüptürü
- Hipotansiyon
- Hiponatremi

- Doğum sonu kanama ve enfeksiyon
- Antidiüretik etki
- Neonatal hiperbilirübinemi
- Epidural anestezi kullanımının artması
- Fetal distres ve perinatal ölüm

2013 yılında yayınlanmış Cochrane sistematik araştırmasında oksitosin uygulamasının doğum süresini iki saat azalttığı ortaya koyulmuş olsa da (Bugg, Siddiqui & Thornton, 2013), önemli olan doğumun kısa sürede bitmesi değil anne ve bebeğin en sağlıklı ve en huzurlu şekilde birbirine kavuşmasını sağlamaktır. Yapılması gereken doğal kontraksiyonlara müsaade etmek, doğumu sabır ve sükut içerisinde beklemek ve olası riskleri sürekli izlemektir (Bülbül, 2018).

Oksitosin de diğer uygulamalar gibi gebenin durumunun izlenmesi ve gerçekten ihtiyacı olduğu durumlarda başvurulması gereken bir müdahaledir. Hastane ortamında oksitosin uygulama kararını ebeler vermesede; doktor istemiyle uyguladığı sentetik oksitosinin, etkisinin ve yan etkisinin sürekli izlenmesi, komplikasyonların önüne geçilebilmesi için anne ve fetüsün gerekli takiplerinin yapılması ebelerin sorumluluğundadır (Başgöl ve Beji, 2015a).

2.2.1.9.1.3. Sürekli Elektro Fetal Monitorizasyon(EFM)

Günümüzde hemen hemen bütün gebelere, doğumhaneye kabullerinden doğuma kadarki sürede sürekli EFM uygulanmaktadır. Aralıklı yapılacak olan oksültasyonun risk değerlendirmede yine aynı sonuçlara varılacağı, apgar skoru veya neonatal yoğun bakım ihtiyacının değişmediği literatürde yer almaktadır (Başgöl ve Beji, 2015a).

2019 yılında yapılmış toplam 13 çalışmayı ve 37.000'den fazla kadını içeren bir Cochrane sistematik analizinde aralıklı oksültasyon ve sürekli EFM uygulamaları karşılaştırılmış; sürekli EFM artmış sezaryen oranı ve müdahaleli doğum olasılığında artış ile ilişkili bulunmuştur. Serebral palsy ve perinatal ölüm oranlarını etkilemezken, neonatal nörolojik hastalıkların azalmasında anlamlı bulunmuştur (Alfirevic, Gyte, Cuthbert & Devane, 2019).

Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği (ACOG), sürekli EFM yerine düşük riskli gebeler için ilk evrede 30 dakika, ikinci evre için 15 dakikada bir değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Yüksek riskli gebeler içinse ilk evrede 15 dakika, ikinci evrede beş dakikada bir değerlendirilmesini önermektedir (Miller & Miller, 2012).

DSÖ ve ACOG pozitif doğum deneyimi için; sürekli EFM yerine, doppler ultrason yada Pınard fetal steteskop ile aralıklı oksültasyon önermektedir (Yıldız, 2019; ACOG, 2019).

2.2.1.9.1.4. Ağrı ile Başetme

Doğum ağrısı kadınların hayatları boyunca yaşayacağı en yoğun ağrılardan biridir. Ağrıyı etkileyen birçok faktör vardır (Kamilçelebi vd., 2019; Bal ve Yılmaz, 2017). Bazı kadınlar neredeyse hiç ağrı yaşamadan doğum yaptıklarını söyleyebilmekteyken, çoğu kadın için durum böyle değildir. Bu nedenle insanlığın varoluşundan bu yana doğum ağrısıyla baş etmeye çalışan kadına yardım edilmiş, ağrıyı tolere etmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu yardım kimi zaman yardımcı kadınlar tarafından bitki çayları, dualar olurken; kimi zaman da ebeler tarafından yapılan sıcak uygulama, masaj, aromatik yağ kullanımı olmaktadır. Geçmişte doğum ağrısıyla baş etmede non farmakolojik yöntemler kullanılırken, günümüzde baş etme stratejisi olarak farmakolojik ajanlar kullanılmaya başlanmıştır (Vakilian et al., 2018; Chen et al., 2019; Bilgiç, 2017). Giderek tıbbileştirilen doğumlarda ebeler gebelere masaj, sıcak uygulama, aromaterapi, hidroterapi, müzikoterapi gibi yöntemleri kullanarak ağrı ile baş etmesine yardımcı olmalı ve farmakolojik ajan ihtiyacını en aza indirmeye çalışmalıdır. Örneğin; günümüzde, holistik bir yaklaşım olan aromaterapinin doğum ağrısı, anksiyete ve hatta erken postpartum dönemde etkisi bir çok çalışma ile ortaya koyulmuş olup, anneye ağrıyla baş etmesinde bir seçenek olarak sunulabilir (Tanvisut, Traisrisilp & Tongsong, 2018; Vakilian et al., 2018; Chen et al., 2019; Asazawa, Kato, Yamaguchi & Inoue, 2017; Bilgiç, 2017).

Yeşildağ ve Gölbaşı'nın tezleri incelediği çalışmada; nefes egzersizleri, sıcak uygulama ile masaj, aromaterapi, ekspressif dokunma, refleksoloji, akupressür, TENS (transkutanöz elektriksel sinir stimültasyonu), solunum ve tensel

uyarılma tekniklerinin doğum eyleminde ağrı algısını azalttığı bulunmuştur (Yeşildağ ve Gölbaşı, 2018).

2018 yılında yapılan nitel bir çalışmada annelerin neden vajinal doğumu tercih ettikleri sorusu sorulmuş ve kadınlar; doğum ağrısının kutsal olduğuna inandıkları, günahlarının temizlendiği, çektikleri doğum ağrısı sayesinde anneliği daha iyi yaşadıklarını vurgulamışlardır. Bazende çekilen ağrının kutsal olduğuna, günahlarının temizlendiğine olan inanç, anneliğe geçiş için geçilmesi gereken bir süreç olduğuna inanmak kadınların ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. Bu yüzden kadının kültür, inanç ve değerlerinin farkında olması, ebelerin ağrı ile baş etmeye yardım etmelerini kolaylaştıracaktır (Aktaş ve Erkek, 2018).

Öte yandan doğum ağrısıyla nasıl baş edeceğini bilmeyen kadınlar daha çok ağrı yaşadıklarını bildirmektedirler. Bu nedenle birinci basamakta ki ebeler tarafından kadınlara gebeliğinin başından beri yapılan rutin gebelik takiplerinin yanı sıra, doğumun fizyolojisi, ağrı ile baş etme stratejileri, nefes teknikleri, aromaterapi kullanımı gibi konularda eğitim verilmeli kadınların ağrı yönetimi hakkındaki soru işaretleri giderilmelidir. Ebeler bağımsız rollerini elden bırakmayarak gebeye hem fiziksel hem psikolojik destek vererek doğum öncesi ağrı ile baş etme yöntemleri hakkında eğitim vermeli; doğum anında ise bu yöntemleri uygulama konusunda yardımcı olmalıdır (Mete, Çiçek, Uludağ, 2016; Aydemir ve Hazar, 2014; Okuyan, Oran & Can, 2019; Şahin, 2018).

DSÖ ve ACOG pozitif bir doğum deneyimi için; kadının ağrı ile baş edebilmesine yardım etmek amacıyla, nefes egzersizi, odaklanma/dikkat dağıtma, kas gevşetme, müzik, hayal kurma, sıcak uygulama ya da masaj gibi seçenekler sunulmasını önermektedir (Yıldız, 2019; ACOG, 2019; England & Horowitz, 2019).

2.2.1.9.1.5. Partograf

Partograf, doğum eyleminin ilerleyişi ile ilgili ölçüm ve gözlemlerin kayıt altına alındığı bir formdur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen doğumları azaltması amacıyla kullanıma geçirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı). Partografin rutin kullanılmasının sezaryen oranını azalttığı konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır.

2013 yılında yayınlanmış Cochrane sistematik analizinde latent fazda partograf kullanılmasının sezaryen oranını arttırdığı bulunmuştur. 7706 kadını kapsayan bu çalışmada latent fazdan sonra kullanılmasının sezaryen, müdahaleli doğum oranlarını ve beşinci dakika apgar skorunun yedinin altında olması oranını etkilemediği ortaya konmuştur (Lavender, Hart & Smyth, 2013). Bu çalışmanın 2018 yılında yayınlanmış 9475 kadını içeren yenilenen araştırmasında sonuçlar benzer çıkmıştır (Lavender, Cuthbert, Smyth, 2018).

2.21.9.1.6. Vajinal Tuşe

Vajinal tuşe; doğum eylemi boyunca serviksin dilatasyonunu, efesmanını, fetüsün iniş ve pozisyonunu değerlendirmek için belirli aralıklarla yapılır. Söz konusu vajinal tuşe sıklığının tam bir protokolü bulunmamakla birlikte doğumun seyrine göre bazen iki saatte bazen yarım saatte bir yapılabilir. Vajinal tuşe sıklığının etkilerini ortaya koyacak yeterli çalışma bulunmamakla beraber; dört saat ve iki saat aralıkların karşılaştırıldığı Cochrane araştırmasında perinatal sonuçlarda anlamlı fark bulunmamıştır (Başgöl ve Beji, 2015a; Downe, Gyte, Dahlen, Singata, 2013).

2018 yılında yayınlanan bir çalışma; kadınların yarısından fazlasına 30 dakika veya daha az aralıkla vajinal tuşe yapıldığını; yine bu kadınların yarısından fazlasının iki saat veya daha uzun aralıklarla vajinal tuşe yapılmasını istediklerini ortaya koymuştur (Uzel ve Yanikkerem, 2018).

Burada ebelerin dikkat etmesi gereken husus; vajinal tuşe sıklığının perinatal sonuçları etkilemese de anne için bir travma yarattığı ve vajinal tuşeyi istemedikleridir. Hem kişisel tercihe saygı, hem mahremiyetin gözetilmesi, hem de rahatsızlık hissiyle anneyi strese sokmamak adına vajinal tuşe sıklığının ayarlanması önemlidir.

2.2.1.9.1.7. Lavman

Rutin lavman uygulaması kadının bağırsaklarının temizlenmesi ve yenidoğanın enfekte olmasının önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Doğumhaneye kabul edilen bir gebeye yapılan ilk uygulamalardan biridir.

DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; eylem sırasında lavman yapılmasını önermemektedir (Yıldız, 2019). 1917 kadını kapsayan bir Cochrane araştırmasında lavman uygulamasının doğum süresi, perine enfeksiyonu ve yenidoğan enfeksiyonu açısından fark bulunmamıştır (Revez, Gaitan & Cuervo, 2013).

2018 yılında yayınlanmış bir çalışmada; lavman yapılan ve yapılmayan iki grup arasında yenidoğan gaita örnekleri karşılaştırılmıştır. İshal gibi etkileri olabilen *Clostridium difficile* bakterisinin lavman yapılmış kadınların bebeklerinde daha az rastlandığı bulunmuştur (Nada, Mohsen, Hassan, Sabry, Soliman, 2018).

325 kadınla yapılmış bir çalışmada kadınların %83'üne lavman yapılmış ve %92'sinin lavmanı istemediği ortaya koyulmuştur (Uzel ve Yanikkerem, 2018). Gerekliliği ispat edilememiş ve ağrı verici bir işlem olan lavman kadınlar tarafından istenmeyen, utanç verici ve stres yaratıcı bir uygulama olarak görülmektedir. Kadınların lavman uygulaması hakkında ki görüşlerin incelenmesi, doğum eyleminde lavman uygulayan sağlık çalışanlarının ve hastane politikalarının güncellenmesi kadının bu durumda yaşayacağı olumsuz duyguları en aza indirecektir (Öztürk ve Karaçam, 2018).

2.2.1.9.1.8. Amniyotomi

Amniyotomi, doğumu başlattığı veya doğumun süresini azalttığı varsayımı ile günümüzde çok sık başvuru alan bir müdahaledir. Amniyotominin doğum süresini kısalttığına ve maternal-fetal sağlığı olumsuz etkilemediğine dair yeterli kanıt bulunmamaktadır (Şahin ve Eyi, 2017).

Bununla birlikte amniyotominin uygulanmasının ardından ortaya çıkabilecek riskler arasında; kord prolapsusu, vasa previa, uterus

hiperstimülasyonu, doğum ağrısında artış, fetal kalp hızında azalma, intrauterin sepsis bulunmaktadır (Erenel ve Çiçek, 2018).

İran'da yapılan 23 çalışmayı incelemiş sistematik derleme sonucunda literatürün rutin amniyotomiyi önermediğini ortaya koymuştur (Iravani, Janghorbani, Zarean & Bahrami, 2015).

2017 yılında yayınlanmış bir çalışmada amniyotomi uygulanan grubun sezaryen olma ve hastanede kalış süresinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Şahin ve Eyi, 2017).

Amniyotomi doğum süresinde etkili olmadığı, doğumda hissedilen ağrı şiddetini arttırdığı, önemli riskleri beraberinde getirdiği için literatürde rutin olarak uygulanması önerilmez. Anne ve fetüs/yenidoğan için herhangi bir yararlılığı kanıtlanmamış bu uygulama doğumhanelerde rutin olarak uygulamaktan vazgeçilmelidir (Kurtoğlu ve Kaya, 2019).

DSÖ ve ACOG pozitif bir doğum deneyimi için; rutin amniyotomiyi önermemektedir (Yıldız, 2019; ACOG, 2019). Ebeler doğumun doğallığını bozmadan yapılan destekleyici uygulamalarla doğum sürecini yönetmelidirler.

2.2.1.9.1.9. Perine Traşı

Perine traşı, epizyotomi veya perine yırtığı oluşması durumunda enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla perinenin traşla temizlenmesi işlemidir. Günümüzde hala uygulanmaya devam edilen perine traşının enfeksiyon riskini azalttığına dair yeterli kanıt mevcut değildir (Erenel ve Çiçek, 2018).

1039 kadının dahil edildiği Cochrane sistematik analizinde perine traşının herhangi bir yararlılığı gösterilememiştir (Basevi & Lavender, 2014).

Perine traşı yararlılığı olmayan/gereksiz bir uygulama olup, aynı zamanda perine bölgesini irrite etmesi sebebiyle, kaşıntı, ağrı, kızarıklık, yanma gibi kişiyi olumsuz etkileyecek sonuçları vardır. Aynı zamanda kadının rahatsız olmasına, utanmasına sebep olan stres faktörüdür (Başgöl ve Beji, 2015).

DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; rutin perine traşını önermemektedir (Yıldız, 2019).

2.2.1.9.2. İkinci Evre Uygulamaları

Doğumunun ikinci evresi; dilatasyon ve efesmanın tamamlanmasından fetüsün uterus dışına atılmasına kadar ki süreci kapsar. Bu süreçte anne hormon dalgalanmasının ve ağrı deneyiminin zirve anını yaşar. Bebeğin başının perineden çıkması ile endorfin salgısı tavan yapan anne, tam o anda rahatlama hissini yaşayacaktır. Tam bir duygu karmaşası içerisinde bulunan annenin yanında olacak olan ebeler kanıta dayalı uygulamalarla profesyonel bakımını sağlamalıdır.

2.2.1.9.2.1. Doğum Masası-Litotomi Pozisyonu

İnsanlığın ilk çağlarından beri, doğum yapan kadına hareket özgürlüğü sağlanmış, istediği pozisyonu alması için desteklenmiştir ve hiçbir dönemde yatağa bağlı hale getirilmemiştir. Günümüzde doğum için hastaneye yatışı yapılan gebelere 'hasta' gözüyle bakılmakta; damar yolu, IV (intravenöz) sıvılar, sürekli EFM gibi uygulamalar için gebe yatağa bağımlı hale getirilmekte, hem eylem boyunca hemde doğum anında kadınlar dik pozisyonlardan mahrum bırakılmaktadır (Başkaya ve Sayiner, 2018; Okumuş, 2018; Özcan, 2018). Sağlık çalışanlarının kadınları 'doğurtmalarının' kolay olması, perinenin iyi gözlemlenebilmesi ve 'müdahalelerin' kolay yapılabilmesi adına doğumhanelerde doğum masası-litotomi pozisyonu kullanılmaktadır (Başgöl ve Beji, 2015; Erenel ve Çiçek, 2018). Böylece, hem kadının içgüdüsel olarak alacağı pozisyonlar, doğuma aktif katılımı engellenmiş olmakta hemde dik pozisyonların avantajları yerini supine pozisyonlarının dezavantajlarına bırakmış olmaktadır (Okumuş, 2018; Erenel ve Çiçek, 2018).

5218 kadını içeren Cochrane sistematik derlemesinde, dik pozisyonların supine pozisyonlarla kıyaslandığında doğumun birinci evresini 1 saat 22 dakika kısalttığı, analjezi ihtiyacını ve sezaryen oranını azalttığı bulunmuştur (Lawrence, Lewis, Hofmery & Styles, 2013).

Karaman'ın yaptığı çalışmada doğum eyleminde hareket özgürlüğü sağlamanın; ağrı algısını, kaygıyı, toplam doğum süresini, postpartum kanamayı azalttığını, bebekle ilk temas ve ilk emzirme süresini azalttığını ortaya koymuştur (Karaman, 2017).

DSÖ ve ACOG pozitif bir doğum deneyimi için; kadının hareket etmeye cesaretlendirmeyi ve dik pozisyonları veya kadının tercih ettiği pozisyonu seçmesini önermektedir (Yıldız, 2019; ACOG, 2019).

Dik pozisyonların sağladığı avantajlar (Başkaya ve Sayiner, 2018; Başgöl ve Beji, 2015; Erenel ve Çiçek, 2018; Lawrence vd., 2013);

-Pelvis çaplarının fetüsün ilerlemesini kolaylaştıracak şekilde genişlemesini sağlar,

-Kontraksiyonları ve ıkınmayı daha etkin hale getirir,

-Yer çekimi avantajıyla fetüsün inişini ve rotasyonunu kolaylaştırır,

-Kadının sırt bölgesinde ki ağrıyı hafifletir,

-Kadının doğuma aktif katılmasını sağlar,

-Epizyotomi ihtiyacını azaltır,

-Kan kaybını azaltır,

-VCI (Vena cava inferior)'a baskı olmayacağı için fetüse giden kan akımı azalmaz ve fetal distres ihtimalini düşürür,

-Doğumun süresini kısaltır,

-Analjezi ihtiyacını azaltır,

-Sezaryen ihtimalini azaltır.

2.2.1.9.2.2. Epizyotomi

FİGO (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu) epizyotomiyi; doğumu yöneten sağlık profesyoneli tarafından vajina açıklığını arttırmak için perineye yapılan cerrahi insizyondur şeklinde tanımlamaktadır (FİGO, 2012). Epizyotomi 18. yüzyıla kadar kullanılmazken, İrlandalı bir erkek ebe tarafından tanımlanmış ve kullanımı gittikçe yaygınlaşmıştır (Durmaz ve Buğdaycı, 2013). Günümüzde dünya genelinde, özellikle nulliparlarda epizyotomi oranı %50-95 arasında olup, oldukça yüksek seyretmektedir (Kaya ve Demirel, 2018; Kaya ve Demirel, 2019). Ülkemizde nulliparlar için epizyo oranı %95 iken, ikinci doğumlarda %50' ye varmaktadır. Daha sonraki

doğumlarda ise bu oran %15-20' ye düşmektedir (Çobanoğlu ve Şendir, 2019; Kurak, Ateş & Küğcömen, 2019).

İstenmeyen yırtıkları önlemek ve iyileşmesinin kolay olduğu düşünöldöğü için rutin epizyotomi uygulaması yaygınlaşmıştır. Fakat son zamanlarda rutin epizyonun getirdiği risklerin kanıtlanmasıyla selektif epizyo önerilmektedir (Yıldırım vd., 2018). Epizyotomi uygulaması rutin değil, gerekli hallerde uygulanması gereken cerrahi bir müdahaledir (Karaahmet ve Yazıcı, 2017).

DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; epizyotomiye genel ve ya rutin olarak önermemektedir (Yıldız, 2019).

Epizyotomi uygulamasına mecbur kalındığı zamanlarda ebeler; kadınların sağlığını korumak ve yükseltmek için epizyotomi bakımı, doğum sonu yara bakım prosedürleri eğitimini vermelidir. Perine travmalarında ağrıyı dindirecek çeşitli uygulamaları anlatmalıdır (Erbaba ve Pınar, 2016).

2.2.1.9.2.3. İkinma

İkinci evrede gebelerin ıkinma tipleri iki sınıfa ayrılmıştır. Spontan ıkinma ve vasvalva tipi ıkinma kullanılmaktadır. Günümüzde vasvalva tipi ıkinma yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak vasvalva tipi ıkinmada, perine yırtıkları, üriner hasarlar, annede yorgunluk ve diğer olumsuz fetal etkileri çalışmalarla ortaya konulmakta, spontan ıkinma tercih edilmektedir (Koyucu ve Demirci, 2016).

2015 yılında yayınlanmış bir çalışmada; ikinci evre sırasında spontan ıkinma daha güvenli ve daha az yorucu bir ıkinma tekniği olarak ortaya konulmuştur. Kanıtlanabilir olumsuz sonuçlar ile ilişkili bulunmamıştır. İkinci evre süresini önemli ölçüde kısalttığı, perineal laserasyon insidansını azalttığı bulunmuştur. Ayrıca doğum sonrası maternal yorgunluk ve yenidoğan apgar skoru açısından doğumun ikinci aşamasında vasvalva tipi ıkinma ile karşılaştırıldığında daha iyi bir sonuca sahiptir (Mohamed ve AbdElati, 2015).

İran'da yapılan randomize kontrollü çalışmada, spontan ıkinmanın vasvalva ıkinmaya göre; ikinci evre süresini kısaltmadığı fakat, yorgunluk seviyesi ve ciddi ağrıyı azalttığı, fetal kalp atım hızı, umbilikal kord pH seviyesi

ve apgar skoru daha yüksek bulunmuştur (Vaziri, Arzhe, Asadi, Pourahmad & Mosfheghy, 2016).

Toplam 20 çalışma dahil edilmiş metodolojik araştırma sonucuna göre ıkınma tiplerinin yararlılığı veya zararlılığı gösterilememiştir. Bu nedenle doğumun gidişatına ve kadının tercihine göre seçim yapılması önerilmektedir (Lemos vd., 2015).

2018 yılında yapılmış randomize kontrollü bir çalışmada; ikinci evrede spontan ıkınma eğitiminin verilmesi, müdahale gereksinimini ve doğum süresini kısalttığı, fetal apgar skorunu arttığı ortaya koyulmuştur (Başar ve Hürata, 2018).

DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; kadınların ıkınma içgüdüğü/hissi ile birlikte ıkınması önermektedir (Yıldız, 2019).

Çalışmalardan yola çıkarak, obstetrik gereklilik olmadığı zamanlarda olumsuz sonuçları gözönünde bulundurularak vasvalva tipi ıkınma tercih edilmemeli, spontan ıkınma için iç güdülerine yönelmeleri yönünde gebe desteklenmelidir.

2.2.1.9.2.4. Fundal Basınç(Kristeller Manevrası)

Kristeller manevrası olarakta bilinen ikinci evrenin kısılması amacıyla fundusa elle yapılan basınç, özellikle nullipar kadınlarda başvurulan bir uygulamadır. DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için bu manevrayı önermemektedir (Yıldız, 2019).

Toplam 8097 kadınla 2014 yılında yapılan prospektif çalışmanın sonucunda; doğumun ikinci evresinde fundal bası uygulanmış kadınların doğum süresi kısalmış fakat şiddetli laserasyon ve yenidoğanın yoğun bakım ünitesine kabulü arasında anlamlı artış bulunmuştur. Gecikmiş maternal sonuçlarda ise disparoni ve stres inkontinans fundal bası uygulanmayan kadınlara göre belirgin artış göstermiştir (Moiety & Azzam, 2014).

Randomize kontrollü çalışmada fundal basının doğumu kısaltmadığı, fetal apgar, pO₂ (Parsiyel arteriyel oksijen basıncı) değerlerinde farklılık olmadığı ve

fundal bası uygulanmış kadınlarda fetal pCO₂ (Parsiyel arteriyel karbondioksit basıncı) değerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Apı vd., 2009).

Fundal basınç, gerekliliği ispatlanmamıő ve uzun süre ıkınmanın kontrendike olması, fetal distres, annenin yorgun dűőmesi veya baygınlık geçirmesi gibi durumlar haricinde yaygın olarak kullanılmaması gereken bir uygulamadır (Hofmeyr, Vogel, Cuthberg & Singata, 2017). Ebelerin, fundal basınç uygulamanın kısa ve uzun vadede getireceği olumsuz sonuğları bilerek, tıbbi endikasyon olmadığı müddetçe uygulamaktan kaçınmaları gerekir.

2.2.1.9.2.5. Perine Uygulamaları

Perineal yırtıkları önlemek ve fetűő baőına olan baskıyı azaltmak amacıyla, bir elle perinenin desteklenmesidir. Günümüzde tartıőılan iki yöntemi vardır; perinenin elle korunması(hand on) ve korunmamasıdır(hand off).

15.181 kadını içeren, tekrar çalışması niteliğinde Cochrane sistematik incelemesinde; perinenin elle korunmaması(hand off) durumunda, epizyo oranında anlamlı olarak düşük, üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarında farklılık olmadığı bulunmuştur (Aasheim, Nilsen, Reinar & Lukasse, 2017).

Perineal travmayı en aza indirmek için uygulanan diğer yöntemler; perine masajı ve sıcak komprestir. Perine masajı ve sıcak kompres uygulamaları epizyo, üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarını azaltmakta etkili olduğu bulunmuştur (Aasheim vd., 2017).

DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; perine masajı, sıcak uygulama, perinenin korunması, kadının da isteğine göre uygulanmasını önermektedir (Yıldız, 2019).

Vajinal doğumlarda sık rastlanılan perineal travmayı, kanıta dayalı uygulamalar ıőıęında azaltmak ebenin görevlerindedir. Bu yüzden yararlılığı kanıtlanmış olan perine masajı, sıcak kompres gibi uygulamalar yaygınlaştırılmalıdır.

2.2.1.9.3. Üçüncü Evre Uygulamaları

Doęumun üçüncü evresi, fetűőün doğumundan sonra, plasenta ve eklerinin vajına dıőına atılmasını kapsar ve 5-30 dakika sürmesi beklenir (Pena-Marti &

Comunian-Carrasco, 2010). Bu evre en değerli saatleri içinde barındırdığından güzel değerlendirilmelidir. Bir yandan annenin bakımı sağlanırken diğer yandan anne-bebek etkileşimi başlatılmalıdır.

2.2.1.9.3.1. Umbilikal Kordun Klemplenme Zamanı

DSÖ umbilikal kord klemplenme zamanını erken ve geç olarak ikiye ayırmıştır. Erken klemp bebeğin doğumundan itibaren ilk bir dakika içerisinde yapılır. Geç klemp birinci dakikadan sonra üç dakikaya kadar(atım durana kadar) yapılır. DSÖ geç klempini önermektedir (Yıldız,2019).

3911 kadını kapsayan Cochrane sistematik derlemesinin sonucuna göre; geç klemp yapılan bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları, hemoglobin konsantrasyonları ve demir depolarının daha fazladır (McDonald, Middleton, Dowswell & Morris, 2014).

2019 yılında yayınlanmış C/S (sezaryen) sırasında umbilikal kordun erken(15 saniye)/geç(60 saniye) klemplenmenin sonuçlarının araştırıldığı randomize kontrollü çalışmada; geç klemp yapılan kadınların hemoglobin değerinde anlamlı farklılık bulunmazken, bu kadınların bebeklerinin hemoglobin değeri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Purisch et al., 2019).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarla geç klemp yönteminin yararları ortaya konmuştur (Rabe & Andersson, 2019). Term ve preterm bebeklerde geç kord klempini basit, güvenli ve etkili olduğundan önerilmektedir (Qian,Ying, Wang, Lu & Hua, 2019).

2.2.1.9.3.2. Plasentanın Çıkarılması

Plasentanın çıkarılması için iki yöntem vardır. Aktif yönetim; umbilikal kordun erken klemplenmesi ve uterotoniklerin kullanımıyla, kontrollü kord traksiyonunu içerir. Pasif yönetim(fizyolojik-bekleme)'de geç kord klemplenmesi, uterotoniklerin kullanılmaması ve plasentanın spontan doğumunun beklenmesini içerir (Begley et al., 2019).

Aktif yönetim ve pasif yönetimin karşılaştırıldığı 2019 yılında yayınlanmış Cochrane sistematik çalışmasında; doğumda maternal kan kaybını ve doğum sonu plasental transfüzyonu azalttığı; maternal diyastolik kan basıncını,

doğum sonu kusma, ağrı, analjezi kullanımı, taburculuk sonrası kanama ile tekrar başvuru oranını arttırdığı ortaya konmuştur. Aşırı kanama ve neonatal yoğun bakım ihtiyacı arasında farklılık bulunamamıştır. Bu nedenle doğumun üçüncü evresinin hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesini gerektiren bir endikasyon varsa ve kanama riski yüksek kadınlarda aktif yönetim tercih edilebilir. Öte yandan komplikasyonun bulunmadığı, doğumun doğal seyrinde ilerlemesinin istendiği durumlarda pasif yönetim tercih edilebilir (Begley et al., 2019).

Doğumun üçüncü evresinde plasentanın çıkarılması için uygulanan fundal baskı ve de kord traksiyonunun, kontrollü kord traksiyonu ile karşılaştırıldığı Cochrane sistematik derlemesinde; plasentanın ayrılış belirtilerinin takibi sonrası kontrollü kord traksiyonunu önermiştir (Pena-Marti & Comunian-Carrasco, 2010).

Korda kontrolsüz güç uygulama sonucunda; uterus inversiyonu, kanama ve ağrı gelişebileceğinden mutlaka kontrollü güç uygulanmalı ve plasentanın ayrılma belirtileri çok iyi gözlenmelidir (Pena-Marti & Comunian-Carrasco, 2010).

DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; üçüncü evrenin kısılmasının iyi olacağı düşünüldüğü zamanlarda kontrollü kord traksiyonunu önermektedir (Yıldız, 2019). Bu nedenle ebeler; doğumun üçüncü evresini doğumun gidişatına göre en iyi şekilde yönetmeli, aynı zamanda kadını yapacağı seçimler için bilgilendirmeli ve cesaretlendirmelidir. Seçimine saygı duymalı ve kadını emosyonel anlamda desteklemeyi ihmal etmemelidir.

2.2.1.9.3.3. Ten Tene Temasın Sağlanması ve Emzirme

Doğum sonunda 'altın saat'ler anne-bebek bağlanması, bebeğin gelecekte ki güven duygusunu kazanabilmesi, bebeğin ruhsal ve fiziksel gelişimini tamamlayabilmesi için oldukça önemlidir (Başgöl ve Beji, 2015b; Genç ve Özkan, 2016; Turfan, 2018). Cochrane sistematik analizinde ten tene temas (TTT) gerçekleşmiş 3850 kadın ve bebek dahil edilmiş; annelerin emzirmeye devam etme oranı daha yüksek bulunmuş, bebeklerin daha sakin olduğu ve kardiyolo-solunum sistemi skorlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Temel

biyolojik ihtiyaçların karşılanmasını çağrıştıran bu yakın temas gelecekteki fizyolojiyi ve davranışları programlamak için çok hassas bir dönem olduğu için önerilmektedir (Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016).

2019 yılında yapılan bir çalışmada; TTT sağlanmış olan grubun ten tene temas sağlanmayan gruba göre emzirmeye başlama süresinin kısaldığı ortaya koyulmuştur (Kivik ve Kürtüncü, 2019).

Bir çalışmaya göre; bebeğiyle daha erken temas sağlanmış olan kadınlar bebeklerini pozitif algılamışlardır (akır ve Alparslan, 2018). Başka bir çalışmada ten tene temas sağlamanın emzirme üzerine olumlu etkisi olduğu ortaya koyulmuştur (şimşek ve Karahan, 2017).

Bebeğin doğar doğmaz çıplak olan anne kuağına verilmesiyle ten tene temas gerçekleştirilmelidir. Bebeğin zerine önceden ısıtılmış örtü örtülmesi ve bebeğin kurulanması, ardından emzirmeye başlanması bu zaman diliminde olduğundan ebeler bu süreçte anneyi desteklemelidir. Bebeğin sakinleşmesini ve vücut ısısının dengelenmesini sağladığı; emzirmeye erken başlamanın adımı ve bağlanmanın temeli olduğu için önerilmektedir (Akarsu, Tuncay & Alsaç, 2017; Genç ve zkan, 2016; Turfan, 2018).

DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; bir saat kesintisiz ten tene temas ve erken emzirmeye teşvik edilmesini önermektedir (Yıldız, 2019). Bu nedenle ebeler; komplikasyon olmadığı durumlarda ten tene teması desteklemeli, yaygınlaşması için çaba göstermeli ve erken emzirme için anne cesaretlendirilmelidir.

2.2.1.10. Sağlık Personeli ile İletilişim

Sağlık hizmetlerinde verilen bakımın kaliteli olması açısından etkili iletişimin önemi uzun zamandır bilinmekle birlikte, son yıllarda uluslararası rehberlerde de önemli bir yer almaya başlamıştır. Verilen bakımın kaliteli algılanabilmesi için bakım verilen kişi ile etkili iletişimin kurulması gerekmektedir. Ebeler, kuracakları doğru iletişimin sonucunda kadınlara aktarımda bulunabileceklerdir. Etkili iletişimin kurulması, annenin doğum memnuniyetinden, bebeğine bağlanmasına kadar etkili olduğu ortaya konmaktadır (Chang et al., 2018).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM)'in belirttiği ebelik mesleğinin yetkinliği için temel yapı taşı olan empatik iletişim becerisi, her geçen gün daha fazla üzerinde durulan bir konu haline almıştır. Ebelerin, empatik iletişim becerisini uygulamalarına yansıtması sonucunda hem doğum sürecine, hemde doğum sonu anneye, bebeğe ve tabiki ebelik mesleğinin algısına etkisi olacağı ileri sürülmektedir. Empatik iletişim becerisinin yüksek olduğu ebelerin verdikleri bakımın sonunda kadınların doğuma ve ebeye ait düşüncelerinin olumlu yönde olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2016; Attarha, Keshavarz, Bakhtiari & Jamilian, 2016).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ebelerin empatik iletişim becerilerinin beklenenden düşük olduğu, kadınların empatik iletişim beklentisinin yüksek olduğu ve beklentinin yeterince karşılanmadığı ortaya konmuştur (Aktaş, 2016; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2016; Şimşek, 2018).

Doğum sürecinde gebeler, duydukları ağrı, yalnız kalmışlık hissi veya korkuları nedeni ile kendilerine bakım verecek olan ebeden yardım ve yakın ilişki beklemektedir. Ebelerin ilk karşılaştıkları andan itibaren olumlu bir iletişim ile ortaya koyacağı davranış, yakın hissettirmesi veya yardım istediğinde başucunda olacağının güvencesini vermesi, gebe için rahatlama hissi ve güven duygusu açısından önemlidir. Bir ebenin sahip olması gereken en önemli özelliklerden olan merhamet duygusu ve annelik rolü burada da devreye girmeli ve ebe, kadını rahatlatarak iletişimi kurmaya çalışmalıdır. Kadının en başta bir insan olduğu, ihtiyaçlarının, isteklerinin ve tercihlerinin olduğu kabul edilmelidir. Eylem sırasında ki kadının, sosyal, duygusal, kırılgan yapısını hatırlayarak, medikal bakımın ötesine geçilmelidir. Saygı çerçevesinde olumlu iletişimin kurulması, ihtiyaçlarına cevap verilirken tercihlerinin de göz önünde bulundurulmasının, anneye ve yenidoğana verilen bakımın kalitesini artıracığı unutulmamalıdır (Chang et al., 2018; Çıtak Bilgin, vd., 2018; İldan Çalım, 2014; Moloney & Gair, 2015; Thiessen et al. 2016; Yazgan, 2014; Dahlberg & Aune, 2013).

2.2.1.11. Doğum Sürecinde Oral Sıvı ve Gıda Alımı

ABD, İngiltere, Avusturalya gibi birçok gelişmiş ülkede ağızdan beslenme kısıtlanmamaktadır. Doğum eyleminde ki kadınların su, açık çay, yoğurt, bisküvi, bal, tanesiz meyve suyu gibi gıda alımları kısıtlanmamakta ve kadının ihtiyaç duyduğu enerji sağlanmaktadır. Ülkemizde ise hastane politikalarıyla oral alım yasaklanmış olup bunun yerine kadının enerji ve sıvı ihtiyacını yerine koymak adına intravenöz sıvılar takviye edilmektedir. IV alınan bu sıvıların hipoglisemi, hiponatremi gibi olumsuz sonuçlar doğurduğu görülmektedir (Koç ve Şahin, 2016; Parsons et al., 2004; Strong, Coyne & White, 2018).

ACOG normal doğum eylemi sırasında düşük riskli kadınlarda oral berrak/tanesiz sıvı alımın kısıtlanmaması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, sezaryen planlanan gebelerinde anestezi öncesi 2 saate kadar ağızdan berrak/tanesiz sıvı alabileceğini ortaya koymuştur (ACOG, 2009; Lewis, Eckardt & Stapleton, 2018). Aktif doğum eyleminde olan 3130 kadını içeren sistematik incelemede oral alımın kısıtlanmasına gerek olmadığı sonucuna varılmıştır (Sperling, Dahlke & Sibai, 2016).

3120 kadını kapsayan beş randomize kontrollü çalışmayı ele almış Cochrane sistematik incelemesi ile; yanlış anestezi tekniği ile ortaya çıkan aspirasyon riskinin, günümüz teknolojisi ve anestezi tekniklerinin gelişmesiyle en aza indirildiği, aspirasyon riskinin eylem sırasında oral sıvı alımı ile ilgili olmadığı sonucuna varılmıştır (Singata, Tranmer & Gyte, 2013).

İngiltere’de 2426 kadınla yapılan randomize kontrollü çalışmanın sonucunda yeme içmenin aspirasyon riskini arttırmadığı, oral alımın kesildiği diğer grupla riskin benzer bulunduğu bu nedenle doğum eyleminde beslenmenin kesilmesinin gereksiz olduğu sonucuna varmışlardır (O’Sullivan, Hart, Seed & Shennan, 2009). Birleşik Devletler’de yapılmış başka bir çalışmada da aynı sonuca varılmıştır (Lewis et al., 2018).

İran’da yapılmış randomize kontrollü bir çalışmada oral karbonhidrat alımının doğumun ikinci evresini kısalttığı bulunmuştur (Rahmani et al., 2012).

Myers ve Tyler'ın yaptığı sistematik analizde doğum eylemi sırasında katı gıda ve sıvı alımının sonuçlar üstünde farklılık yaratmadığı ortaya konulmuştur (Myers & Tyler, 2019). Bir makale, eylem sırasında ki kadınların diyetlerini kendilerinin seçmesini önermiştir (Tillett & Hill, 2016).

2.2.1.12. Bebek ile İlk Temas Süresi

Kadınlar, bebeklerine kavuşma arzusu ile doğumda kendilerine güç bulmakta, çoğu sadece bebeğine odaklanıp bu süreci kolay geçirebilmektedir. Doğum sonu bebeğin veya annenin herhangi bir sağlık probleminden dolayı bir araya gelememeleri, bebeğin yoğunbakıma alınması gibi durumlarda, anne ve bebeğin temasının gecikmesi annenin doğum algısını olumsuz etkilemektedir (Bayramoğlu Yüzgenç, 2018; Dahlen et al., 2010).

Yolunda giden bir doğumda bebek ile anne ne kadar erken temas eder ve ilişkileri başlarsa anne-bebek bağlanmasında o kadar çabuk görülür. Bağlanmanın zamanında gerçekleşmesi ve kadının 'hedefine' ulaşmışlığının verdiği haz ile yapılan doğumun memnuniyetinide arttıracaktır (Jouhki et al., 2017).

Doğumlarda herhangi bir sakınca olmadığı sürece 'kesintisiz' ten tene temasın rutin haline getirilmesi doğum memnuniyeti ve algısında olumlu katkıda bulunacaktır (Bayramoğlu Yüzgenç, 2018; Dahlen et al., 2010; Pınar vd., 2009; Suar, 2018; Yazgan, 2014).

2.3. Olumlu ya da Olumsuz Doğum Algısının Etkileri

Doğum algısı, çok yönlü değişkenlerden etkilenen ve son olarak kadının algı süzgecinden geçirmesi ile oluşan bir yaşam tecrübesidir (Uçar, 2013; Yalnız, Canan, Ekti Genç, Kuloğlu & Geçici, 2016). Doğumun başladığı andan itibaren doğum algısının şekillenmesi ile bütün süreçlerde etkisi görülür (Dahlen et al., 2010; Fenech & Thomson, 2013). Doğumun ilerleyişinden emzirmeye kadar etkili olduğu aktarılmaktadır (Hür ve Demirci, 2017; Kızılkaya, 2013; Michels, Kruske & Thompson, 2013). Emzirme davranışının devam ettirilmesi, bebek ile bağlanma, bir sonra ki doğum şeklinin kararı ve olumsuz doğum hikayeleri ile diğer kadınların beklentilerini etkileme gibi sonuçlar doğurur. Özelde anne ve

bebeğin, genelde ise aile ve toplumun sağlığı açısından önem taşımaktadır (Aune et al., 2015; Hür ve Demirci, 2017; Pınar vd., 2009; Reid, 2011).

2018 yılında yayınlanan nitel bir çalışmada annelerin vajinal doğumu tercih etme sebepleri arasında olumlu doğum deneyimi ve olumlu doğum hikayeleri duyma olduğunu ortaya koyulmuştur (Aktaş ve Erkek, 2018).

Olumlu doğum algısı kazandırmak için ebeler doğum algısını etkileyen faktörleri ve bunların ne getirdiğini çok iyi bilmelidir. Doğumları güzelleştirip, sezaryenleri azaltmak ve 'normal' doğumları çoğaltmak adına, özelde anne ve bebeğin genelde ise aile ve toplumun sağlığı için ebelerin bağımsız rolleri arttırılmalıdır (Clesse et al., 2018; Çıtak Bilgin vd., 2018; Hür ve Demirci, 2017; İldan Çalım, 2014; Moloney & Gair, 2015; Yıldız, 2019).

Pozitif doğum deneyimi için DSÖ'nün önerdiği bakım modeli şu şekildedir (Yıldız, 2019);

- Saygılı eylem ve doğum bakımı,
- Kadının tercihine göre yanındaki kişiden sosyal- duygusal destek,
- Sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim,
- Ağrıyı azaltma stratejisi,
- Düzenli eylem izlemi, kayıt, denetim ve geri bildirim,
- Oral sıvı ve gıda alımı,
- Eylemde hareket özgürlüğü ve doğum pozisyonu seçimi,
- Önceden sisteme oturtulmuş sevk sistemi,
- Bakımda süreklilik.

2.4. Uzun Vadede Doğum Algısı

Doğum, kadınlar için derin zihinsel, duygusal, sosyal etkiler içermektedir. Ağrı, stres, hassasiyet, olası fiziksel yaralanma ve kalıcı rol değişikliğini aynı anda barındırmaktadır. Bu olayların tümü saatler içerisinde yaşanmaktadır. Kadınların ilk doğum deneyimlerini canlı ve derin duygularla hatırlaması bu yüzden şaşırtıcı değildir. Doğum hikayelerini anlatırken 'sanki dün gibi',

'hafızama kazınmış' gibi kelimelerle anlattıklarını sıklıkla duyarız (PennySimkin, 1991).

Simkin'in yaptığı çalışmada kadınların doğum anlarını çok iyi hatırladıkları ve 20 yıl sonrasında dahi bazı kadınların küçük ayrıntıları hatırlamaması haricinde hafızalarının canlı olduğunu ve aynen aktardıklarını göstermiştir. 1968-1974 yılları arasında doğum yapmış 20 kadına doğum deneyimleri ile ilgili ilk anket formunu doldurtmuş, 1989 yılında ise geriye dönük benzer sorular olan ikinci anket formunu doldurtmuştur. Sonucunda ise kadınların, kendilerine bakım veren kişi ile olan iletişimi, uyguladıkları işlemleri(epizyotomi, vakum vs.), duydukları ağrıyı ve stresi aynen anımsadıklarını bulmuştur. Olumlu doğum algısının aynen aktarıldığı, olumsuz algıların ise yoğunluğunun her geçen gün arttığı sonucuna varmıştır (PennySimkin, 1992).

Doğumun gerçekleşmesi herşeyin bittiği anlamına gelmeyip; kadınların ileriki yaşamlarını ve karar alma süreçlerini etkileyeceği, hikayeleri ile aktaracakları algılarını başka kadınların beklentisi üzerinde etkisinin olacağı anlamına gelmektedir (PennySimkin, 1991; PennySimkin, 1992; Ayers, 2007).

Doğum sonrası uzun sürede izlem yapılmadığı için doğum deneyimi ile ilgili bilgiler alınamamakta, doğumun bitmesi ile herşeyin bittiği varsayılmaktadır. Oysa ki doğumun üzerinden 20 yıl dahi geçmiş olsa kadınlar o anları tekrar yaşayabilmektedir (PennySimkin, 1992; Ayers, 2007).

Bu yüzden, doğum bakımını vermekten sorumlu olan ebelerin, kadınların doğum algılarını gözardı etmemesi ve en önemlisi kadının 'hafızasına kazınan' bu süreci olumlu geçirebilmeleri için yardımcı olması gerekmektedir (PennySimkin, 1991; PennySimkin, 1992).

2.5. Doğum Algısında Ebenin Sorumlulukları

Doğum sürecinde kadınların psikolojik ve fiziksel açıdan gereksinimleri vardır. Bu gereksinimleri karşılayacak olan ebeler yapılan her uygulamanın sonucunu öngörmelidir (Moloney & Gair, 2015; Pınar vd., 2009; Yılmaz, 2017). DSÖ'nün pozitif bir doğum deneyimi için önerileri doğrultusunda aşağıdaki uygulamalar desteklenmelidir (Yıldız, 2019).

Yapılan çalışmalarda kadınların en çok 'cesaretlendirilmeye' ihtiyacı olduğu ve ebelerden 'azarlamamak' ve 'güler yüzlü olmak' beklentisinde oldukları saptanmıştır. Bu doğrultuda ebeler gebeyle olumlu bir iletişim halinde, güven vererek ve güler yüzlü konuşmalıdır (İldan Çalım, 2014).

Gebeliğinde gerekli eğitimleri almış ve doğum eylemi boyunca ebeden destekleyici bakım alan kadınların doğum korkusu yaşama oranlarının daha az, doğum ve doğum sonu süreç ile daha iyi baş edebildiği, memnuniyetlerinin arttığı bilinmektedir (Aune et al., 2015; Karaçam ve Akyüz, 2011; Yalnız ve Genç, 2019; İsbir ve İnci, 2014).

Gebeye güven veren bir ortamın sağlanması, sorularına açıkça cevap verilmesi, kendisinin veya bebeğinin sağlık durumu ile ilgili yeterli bilgilendirilmenin yapılması, mahremiyetine saygı gösterilmesi doğum algısının olumluluğu açısından elzemdir (Chang et al., 2018; Dahlen et al., 2010; İldan Çalım, 2014; Moloney & Gair, 2015).

Kadının davranışlarına olumlu geri bildirim yapmak, güzel sözlerle cesaretlendirmek, tensel temas kurup elini tutmak, masaj yapmak, rahat edeceği pozisyonu vermek, doğum dansı, sıcak su ile duş imkanı sağlamak, doğum yapacağı ortamı fazla ışıktan arındırmak, kadını rahatlatmaya yönelik davranışlarda bulunmak, doğum sürecinde yeterli sosyal destek almasına yardımcı olmak doğum sonu süreçte ise bebeği ile ten tene teması önemseyip erken emzirmeye yardımcı olması ebedin sorumluluklarındandır (Bayramoğlu Yüzgenç, 2018; Çıtak Bilgin vd., 2018; Jouhki et al., 2017; WHO, 2018).

Travmatik doğum deneyimlemiş bir kadını postpartum dönemde fark edip gerekli destek ve tedavisini sağlamaya yardımcı olmak gerekmektedir (Ashbacher, 2013).

Ebelerin; pozitif doğum algısı için DSÖ'nün de önerdiği Lamaze felsefesine dayalı 6 politikayı uygulaması önerilmektedir (Yıldız, 2018; Özcan, 2018). Bunlar;

- Doğumun kendiliğinden başlaması beklenmelidir.

- Annelere doğum eyleminde hareket özgürlüğü sağlanmalı ve alternatif pozisyon verilmelidir.
- Doğum eyleminde ki kadına sosyal-duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
- Doğum eylemi boyunca rutin uygulamalardan kaçınılmalıdır.
- Doğumda doğal(içgüdüsel) ve aktif ıkınma teknikleri tercih edilmelidir.
- Doğumdan sonra anne ve bebeği bir arada tutulmalı, ten tene temas sağlanmalı ve emzirme için imkan tanınmalıdır.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma; Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların doğum algıları karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma; Ege Bölgesinde bulunan Kütahya il merkezinde 01.11.2019-31.01.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacının Kütahya'da ikamet ediyor olmasından ve verilere ulaşım kolaylığı açısından, araştırma yapılacak yer Kütahya il merkezi olarak seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Kütahya il merkezinde ikamet eden son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ve 50 yaş üstü olup en az bir doğum yapmış kadınlar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında, STATCALC programı kullanılmış olup; % 95 güven, Tip-1 hata düzeyi % 5, prevalans % 50 (en yüksek örneklem büyüklüğünün hesaplandığı prevalans değeri), “design effect” 1, “cluster” 1 alınmıştır. Bu durumda 1 yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunun örneklem büyüklüğü 323 kişi, 50 yaş üstü kadın grubunun örneklem büyüklüğü ise 375 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda 1 yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubundan **339**, 50 yaş üstü kadın grubundan **375**, toplamda **714** kişinin anketleri geçerli sayılmıştır. Araştırmamıza katılmayı kabul edip anket formunu tam doldurmamış **21** kişi çalışmamızdan çıkarılmıştır. Toplamda 735 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılma kriterleri;

- araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- hafıza ve hatırlama ile ilgili herhangi bir problemi olmayan,
- herhangi bir psikolojik problemi olmayan,

- son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubu için 18 yaşını doldurmuş olan,

- 50 yaş üzeri kadın grubu için en az bir doğum yapmış kadınlar çalışmaya dahil edilecektir.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- hafıza ve hatırlama ile ilgili herhangi bir problemi olanlar,
- psikolojik problemi olanlar,
- 18 yaşından küçük olanlar,
- araştırmaya katılmayı kabul edip sonradan devam etmek istemeyenler veya anket formunu tam doldurmayanlar araştırmadan dışlanacaktır.

3.5. Veri Toplama Aracı

Çalışmada Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan katılımcı tanıtım formu kullanılmıştır (Bkz. EK-1, EK-2).

3.5.1. Katılımcı tanıtım formu

Katılımcı tanıtım formu, çalışmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Anket formunda sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler ve doğuma ilişkin özellikler olarak üç ana başlık altında toplam **38 soru** olarak hazırlanmıştır.

Sosyo-demografik özellikler bölümünde; yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu(evli ise), toplam gelir durumu, sosyal güvence, yaşanılmış yer özellikleri 8 soru ile araştırılmıştır.

Obstetrik özellikler bölümünde; ilk gebelik yaşı, kaç kez gebe kalındığı, kaç kez doğum yapıldığı, kaç kez düşük yapıldığı, kaç kez küretaj olduğu, yaşayan çocuk sayısı özellikleri 6 soru ile araştırılmıştır.

Doğuma ilişkin özellikler bölümünde; gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi kontrole gitme durumu, doğum yapılan yer, doğum yapılmak istenen yer, doğumun kaç saat sürdüğü, doğuma kadar kaç saat hastanede beklendiği, doğumda problem olma durumu, doğumu yaptıran kişi, doğum ebe

olmasını istenmesi/memnun olunması durumu, doğum şekli, doğum şeklinden memnun kalma durumu, doğumdan korkma durumu, doğumdan korkma sebebi, doğum sürecinde yapılan uygulamalar, doğum sürecinde ağızdan beslenme durumu, doğum sürecinde yanında destek olacak birinin varlığı, doğum sürecinde mahremiyetin korunma durumu, doğum sürecinde yürüme/alternatif pozisyon alma durumu, doğum sürecinde bebeğin kalp sesi dinlenen cihazın(EFM) bağlanma durumu, doğum sonu bebekle ilk temas etme zamanı, sağlık personeli tarafından psikolojik destek alma durumu, sağlık personeli tarafından doğumun gidişatına yönelik bilgilendirilme durumu, doğumun başkalarına nasıl tarif edildiği, doğumun kendilerine nasıl tarif edildiği toplam 24 soru ile araştırılmıştır.

3.5.2. Travmatik doğum algısı ölçeği (TDAÖ)

Doğum eyleminin kadınlar tarafından travmatik algılanma düzeyini ölçmek amacıyla; Yalnız, Canan, Genç, Kuloğlu ve Geçici tarafından 2016 yılında geliştirilmiş ve geçerlilik-güvenilirliği çalışılmış olan Travmatik Doğum Algısı Ölçeği, 13 maddeden oluşmaktadır. Doğumhane, kadın doğum servisleri, 15-49 yaş izlemleri, gebelik öncesi, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde; kadınların farklı duygu durumlarını ve buna bağlı ihtiyaçlarını belirleyip, nitelikli ebelik bakımı verebilmek amacıyla uygulanabilen bir ölçektir (Yalnız vd., 2016). Ölçek maddelerine, tek madde için 0'dan 10'a kadar puanlama yapılabilen ve 13 madde için toplam verilebilecek en az puan 0, en fazla puan ise 130'dur.

Travmatik doğum algı düzeyi puan ortalamaları;

- 0-26 puan aralığı 'çok düşük'
- 27-52 puan aralığı 'düşük'
- 53-78 puan aralığı 'orta'
- 79-104 puan aralığı 'yüksek'
- 105-130 puan aralığı 'çok yüksek' olduğunu göstermektedir.

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği'nin iç tutarlılığı için yapılan Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0.895 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0.905 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda TDAÖ puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasında olduğundan normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğine Ait Betimsel İstatistikler

	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar			50 yaş üstü kadınlar		
	n	Çarpıklık	Basıklık	n	Çarpıklık	Basıklık
Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	339	-,034	-,670	375	,678	-,346

Ölçekle ilgili gerekli izinler alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veriler Kütahya il merkezinde 01.11.2019-31.01.2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler toplanmaya başlamadan önce kadınlar çalışmanın amacı ve konusu hakkında bilgilendirildi. Kadınlardan sözlü onamları alındıktan sonra, araştırmacı tarafından hazırlanan Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu ile yazılı onamları alındı (Bkz. EK-3). TDAÖ ve katılımcı tanıtım formunu kadının tercihinine göre kendisi veya araştırmacı okuyarak doldurmuştur. Veri toplama formlarının uygulanması yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış ve uygulama süresi 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket yoluyla toplanmış veriler IBM SPSS Statistics 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyo-demografik ve obstetrik veriler yüzde (%), ölçek dağılımları yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasında olduğundan normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Grup ayırımında Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu parametrik olan test tekniklerinden t testi ve One-Way ANOVA testleri ile analiz edilmiştir. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

ile sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon(r) testi ile analiz edilmiştir. Travmatik Doğum Algısı Düzeyi ile kategorik grup arasındaki farklılık ise Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır (İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı Kütahya ili; Türkiye'nin batı bölgesinde bulunmasına rağmen, Anadolu kırsalı özellikleri ağır basmaktadır. Kadınların okur-yazarlık oranları batı bölgesi ortalamasının altındadır. Konuşmalarda bölgeye özgü bir şive kullanılmaktadır.

-Özellikle yaşlı kadın grubuyla çalışmanın getirdiği zorluklar: iletişimin güç olması (özellikle şiveden kaynaklı), okur-yazarlık oranı düşük olduğundan veya göz sağlığından dolayı anket formlarını okuyamadıkları için formların araştırmacı tarafından okunup-doldurulmuş olması,

-Bazı kadınların onam formunu imzalamaktan çekinmesi,

-Çalışma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı il için geçerli olması çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

T.C.Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden tez onayı alınmıştır.

Çalışmanın yapılabilmesi için T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 24.09.2019 tarih ve 01 karar no ile onay alınmıştır (Bkz. EK-4)

Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzin Komisyonundan 20.11.2019 tarih ve 66581584-604.99 sayılı izin alınmıştır (Bkz. EK-5).

Araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Bkz. EK-3).

4. BULGULAR

Kütahya il merkezinde 01.11.2019-31.01.2020 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uygun son bir yıl içerisinde doğum yapmış 339 kadın, 50 yaş üstü 375 kadın, toplamda 714 kadının doğum algılarını karşılaştırmayı amaçlayan çalışmamızın bulguları bu bölümde ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo- demografik Özelliklerinin Dağılımı

		Grup						X ²	p	
		Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar		Toplam				
		n	%	n	%	n	%			
Medeni durum	Evli	326	96,2	324	86,4	650	91,0	20,806	,000*	
	Bekar	0	0,0	0	0,0	0	0,0			
	Yalnız(Boşanmış, Eşini kaybetmiş)	13	3,8	51	13,6	64	9,0			
Öğrenim durumu	Okur-Yazar Değil	6	1,8	66	17,6	72	10,1	178,569	,000*	
	Okuryazar, İlkokul, Ortaokul	112	33,0	239	63,7	351	49,2			
	Lise	123	36,3	52	13,9	175	24,5			
	Üniversite Ve Üstü	98	28,9	18	4,8	116	16,2			
Meslek	Çalışan	106	31,3	50	13,3	156	21,8	33,541	,000*	
	Çalışmayan	233	68,7	325	86,7	558	78,2			
Eşin mesleği	Çalışan	316	97,0	211	65,3	527	81,1	108,378	,000*	
	Çalışmayan	10	3,0	113	34,7	123	18,9			
Toplam durumu	gelir	Gelir Giderden Fazla	65	19,2	54	14,4	119	16,7	2,957	,228
		Gelir Gidere Eşit	232	68,4	270	72,0	502	70,3		
		Gelir Giderden Düşük	42	12,4	51	13,6	93	13,0		
Sosyal güvence	Ssk	276	81,4	223	59,5	499	69,9	35,178	,000*	
	Bağ-Kur	21	6,2	51	13,6	72	10,1			
	Emekli Sandığı	31	9,1	74	19,7	105	14,7			
	Genel Sağlık Sigortası	4	1,2	16	4,3	20	2,8			
	Yok	7	2,1	11	2,9	18	2,5			
Büyüdüğü yer	İl	144	42,5	92	24,5	236	33,1	37,308	,000*	
	İlçe	95	28,0	95	25,3	190	26,6			
	Kasaba	17	5,0	40	10,7	57	8,0			

Köy	83	24,5	148	39,5	231	32,4	
Toplam	339	100,0	375	100,0	714	100,0	

***p<0,05**

Tablo 4.1.'de çalışmaya alınan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan; evli olanlar %96,2; lise mezunu olanlar %36,3; çalışmayanlar %68,7; eşi çalışanlar %97,0; geliri giderine eşit olanlar %68,4; SSK'lı olanlar %81,4; ilde yaşamış olanlar %42,5 oranında bulunmuştur (Tablo 4.1.).

50 yaş üstü kadınlardan; evli olanlar %86,4; okuryazar, ilkokul, ortaokul mezunu olanlar %63,7; çalışmayanlar %86,7; eşi çalışanlar %65,3; geliri giderine eşit olanlar %72,0; SSK'lı olanlar %59,5; köyde yaşamış olanlar %39,5 oranında saptanmıştır (Tablo 4.1.).

İki grup arasında; evli olma durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence, yaşanılan yer açısından anlamlı farklılık saptanırken (her biri için $p<0,05$), gelir durumu açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Kadınların Yaş ve İlk Gebelik Yaşı Dağılımı

	Grup												istatistik	p
	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar				50 yaş üstü kadınlar				Toplam					
	Min	Max	Ort	Ss	Min	Max	Ort	Ss	Min	Max	Ort	Ss		
Yaş	18,0	42,0	28,86	4,92	50,0	87,00	57,93	7,49	18,00	87,00	44,13	15,87		
İlk gebelik yaşı	15,0	40,0	23,14	3,75	14,0	45,00	20,61	4,17	14,00	45,00	21,81	4,17	8,544	,000*

***p<0,05**

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan kadınların yaş ve ilk gebelik yaşı dağılımı verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların yaşları ortalaması 28,86±4,92(min. 18-max.42); ilk gebelik yaşları ortalaması 23,14±3,75(min.15-max.40)'tir (Tablo 4.2.).

50 yaş üstü kadınların yaşları ortalaması 57,93±7,49(min.50-max.87); ilk gebelik yaşları ortalaması 20,61±4,17(min.14-max.45)'dir (Tablo 4.2.).

İki grup arasında, ilk gebelik yaşı açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Kadınların Obstetrik Özellikleri Dağılımı

		Grup						X ²	p
		Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Gebelik sayısı	1,00	114	33,6	9	2,4	123	17,2	205,652	,000*
	2,00	108	31,9	65	17,3	173	24,2		
	3,00	74	21,8	113	30,1	187	26,2		
	4,00	31	9,1	82	21,9	113	15,8		
	5,00	7	2,1	50	13,3	57	8,0		
	6,00	3	,9	30	8,0	33	4,6		
	7,00	2	,6	15	4,0	17	2,4		
	8,00	0	0,0	11	2,9	11	1,5		
Doğum sayısı	1,00	155	45,7	16	4,3	170	23,9	74,529	,000*
	2,00	123	36,3	110	29,3	233	32,6		
	3,00	48	14,2	139	37,1	184	26,3		
	4,00	11	3,2	57	15,2	68	9,5		
	5,00	1	,3	30	8,0	31	4,3		
	6,00	0	0,0	14	3,7	14	2,0		
	7,00	1	,3	7	1,9	8	1,1		
	8,00	0	0,0	2	,5	2	,3		
Düşük sayısı	,00	264	77,9	246	65,6	510	71,4	18,631	,000*
	1,00	66	19,5	95	25,3	161	22,5		
	2,00	7	2,1	26	6,9	33	4,6		
	3,00	2	,6	8	2,1	10	1,4		
Küretaj	,00	300	88,5	312	83,2	612	85,7	7,836	,050*

sayısı	1,00	31	9,1	46	12,3	77	10,8				
	2,00	8	2,4	11	2,9	19	2,7				
	3,00	0	0,0	6	1,6	6	,8				
	,00	0	0,0	3	,8	3	,4	222,001	,000*		
Yaşayan çocuk sayısı	1,00	157	46,3	18	4,8	175	24,5				
	2,00	123	36,3	122	32,5	245	34,3				
	3,00	46	13,6	140	37,3	186	26,1				
	4,00	10	2,9	48	12,8	58	8,1				
	5,00	1	,3	25	6,7	26	3,6				
	6,00	0	0,0	14	3,7	14	2,0				
	7,00	2	,6	5	1,3	7	1,0				
	Toplam	339	100,0	375	100,0	714	100,0				

***p<0,05**

Tablo 4.3.'te çalışmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine yer verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan; bir kez gebe kalmış olanlar %33,6; bir kez doğum yapmış olanlar %45,4; hiç düşük yapmamış olanlar %77,9; hiç kürtaj olmamış olanlar %88,5; bir çocuğu olanlar %46,3 oranında bulunmuştur (Tablo 4.3.).

50 yaş üstü kadınlardan; üç kez gebe kalmış olanlar %30,1; üç kez doğum yapmış olanlar %36,3; hiç düşük yapmamış olanlar %65,6; hiç kürtaj olmamış olanlar %83,2; üç çocuğu olanlar %37,3'tür (Tablo 4.3.).

İki grup arasında, gebelik, doğum, küretaj, düşük ve yaşayan çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (her biri için, p<0,05) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Kadınların Doğum Öncesi Kontrol Sayısı, Doğum Öncesi Hastanede Bekleme Süresi ve Vajinal Muayene Sayısı Dağılımı

	Grup												istatis tik	p
	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar				50 yaş üstü kadınlar				Toplam					
	Min	Max	Ort	Ss	Min	Max	Ort	Ss	Min	Max	Ort	Ss		
Doğum öncesi kontrol sayısı	1,00	30,00	8,91	4,42	1,00	12,00	3,43	2,61	1,00	30,00	7,01	4,68	16,766	,000*
Doğum öncesi hastanede bekleme süresi	1,00	24,00	7,05	4,86	1,00	23,00	4,92	4,28	1,00	24,00	5,80	4,64	4,601	,000*
Vajinal muayene sayısı	1,00	20,00	4,42	2,81	1,00	8,00	3,27	3,30	1,00	20,00	3,76	3,15	3,573	,000*

***p<0,05**

Tablo 4.4.'te araştırmaya katılan kadınların doğum öncesi kontrol sayısı, Doğum öncesi hastanede bekleme süresi ve vajinal muayene sayısı dağılımı verilmiştir (Tablo 4.4.).

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi kontrol sayıları ortalaması 8,91±4,42; doğum öncesi hastanede bekleme süreleri ortalaması 7,05±4,86; vajinal muayene sayısı ortalaması 4,42±2,81'dir (Tablo 4.4.).

50 yaş üstü kadınların doğum öncesi kontrol sayıları ortalaması 3,43±2,61; doğum öncesi hastanede bekleme süreleri ortalaması 4,92±4,28; vajinal muayene sayısı ortalaması 3,27±3,30'dur (Tablo 4.4.).

İki grup arasında, doğum öncesi kontrol sayısı ortalaması, doğum öncesi hastanede bekleme süresi ortalaması, vajinal muayene sayısı ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (her biri için p<0,05) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Kadınların Doğuma İlişkin Özellikleri

		Grup						X ²	p
		Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	281	82,9	236	62,9	517	72,4	35,497	,000*
	Hayır	58	17,1	139	37,1	197	27,6		
Doğum şekli	Normal Doğum	168	49,6	345	92,0	513	71,8	158,569	,000*
	Sezaryen	171	50,4	30	8,0	201	28,2		
Doğum öncesi kontrole gitme durumu	Evet	303	89,4	158	42,2	461	64,7	172,877	,000*
	Hayır	36	10,6	216	57,8	252	35,3		
Doğum yapılan yer	Devlet Hastanesi	212	62,5	240	64,0	452	63,3	75,619	,000*
	Özel Hastane	124	36,6	16	4,3	140	19,6		
	Ev	3	,9	119	31,7	122	17,1		
Doğumunu yapmak istediği nerede	Devlet Hastanesi	140	41,4	239	63,7	379	53,2	60,105	,000*
	Özel Hastane	196	58,0	96	25,6	292	41,0		
	Ev	1	,3	40	10,7	41	5,8		
	Diğer**	1	,3	0	0,0	1	,1		
Doğumda herhangi bir problem olma durumu	Evet	43	12,7	39	10,4	82	11,5	,914	,339
	Hayır	296	87,3	336	89,6	632	88,5		
Doğumu yaptıran kişi	Doktor	219	64,8	76	20,3	295	41,4	82,169	,000*
	Ebe	117	34,6	194	51,7	311	43,6		
	Hemşire	0	0,0	1	,3	1	,1		
	Köy ebesi	2	,6	104	27,7	106	14,9		
Doğumda ebe olmasından memnun olma/olmasını isterme durumu	Evet	275	81,1	348	92,8	623	87,3	21,838	,000*
	Hayır	64	18,9	27	7,2	91	12,7		
Doğum şeklinizden memnun kalma durumu	Evet	273	80,8	337	89,9	610	85,6	11,904	,000*
	Hayır	65	19,2	38	10,1	103	14,4		
Doğumdan korkma durumu	Evet	211	62,2	148	39,5	359	50,3	36,943	,000*
	Hayır	128	37,8	227	60,5	355	49,7		
Doğumun kaç saat sürdüğü	1-5 Saat	2	1,2	31	9,0	33	6,5	,791	,673
	6-10 Saat	119	71,7	231	67,0	350	68,5		
	10-15 Saat	33	19,9	64	18,6	97	19,0		
	15 Saatten Fazla	12	7,2	19	5,5	31	6,1		
Doğum sürecinde ağızdan beslenmeye izin verilme durumu	Evet	20	12,0	112	32,4	132	25,8	24,211	,000*
	Hayır	146	88,0	234	67,6	380	74,2		

Doğum sürecinde yanınızda size destek olacak birisinin varlığı	Evet	34	11,6	101	28,2	135	20,7	27,039	,000*
	Hayır	259	88,4	257	71,8	516	79,3		
Doğum sürecinde yürüme veya alternatif pozisyon almaya izin verilme durumu	Evet	68	40,2	152	43,9	220	42,7	3,832	,147
	Kısmen	66	39,1	106	30,6	172	33,4		
	Hayır	35	20,7	88	25,4	123	23,9		
Doğum sürecinde bebeğin kalp sesi dinlenen cihaz(EFM) bağlanma durumu	Evet	130	78,3	0	0,0	130	78,3		
	Kısmen	17	10,2	0	0,0	17	10,2		
	Hayır	19	11,4	0	0,0	19	11,4		
Doğum sürecinde mahremiyetin korunduğunu düşünme durumu	Evet	174	51,3	148	39,5	322	45,1	10,746	,005*
	Kısmen	109	32,2	141	37,6	250	35,0		
	Hayır	56	16,5	86	22,9	142	19,9		
Doğumdan sonra bebekle ilk temasın ne zaman gerçekleştiği	Hemen	233	68,7	278	74,1	511	71,6	16,303	,000*
	1-6 Saat Sonra	87	25,7	95	25,3	182	25,5		
	6 Saatten Fazla	19	5,6	2	,5	21	2,9		
Doğum sürecinde sağlık personeli tarafından psikolojik destek alma durumu	Evet	165	49,1	62	23,9	227	38,2	39,266	,000*
	Hayır	171	50,9	197	76,1	368	61,8		
Doğum sürecinde doğumun gidişatına yönelik bilgilendirilme durumu	Evet	253	75,3	108	41,7	361	60,7	69,196	,000*
	Hayır	83	24,7	151	58,3	234	39,3		
Toplam		339	100,0	375	100,0	714	100,0		

*p<0,05

**Ev konforunda doğumhane

Tablo 4.5.'te çalışmaya katılan kadınların doğumuna ilişkin özellikler verilmiştir (Tablo 4.5.).

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan; gebeliği planlı olanlar %82,9; sezaryen doğum yapanlar %50,4; doğum öncesi kontrole gitmiş olanlar %89,4; doğumunu devlet hastanesinde yapmış olanlar %62,5; doğumunu özel hastanede yaptırmayı isteyenler %58,0; doğumunda herhangi bir problem olmuş olanlar %12,7; doğumunu doktor yaptırmış olanlar %64,8; doğumunda ebe olmasından memnun olan/olmasını isteyenler %81,1; doğum şeklinden memnun olanlar %80,8; doğumdan korkanlar %62,2; doğumu 6-10 saat sürmüş olanlar %71,7; doğum süresince ağızdan beslenmesine izin verilenler %12,0; doğum sürecinde yanında kendine destek olacak birisi olanlar %11,6; doğum sürecinde yürümesine veya alternatif pozisyon almasına izin verilenler %40,2; doğum sürecinde EFM bağlananlar %78,3; doğum süresince mahremiyetinin

korunduđunu dűşűnenler %51,3; dođumdan sonra bebeđine hemen temas etmiř olanlar %68,7; dođum sűrecinde sađlık personeli tarafından psikolojik destek almıř olanlar %49,1; dođum sűrecinde dođumun gidiřatına yűnelik bilgilendirilmiř olanlar %75,3 oranında olduđu belirlenmiřtir (Tablo 4.5.).

50 yař űstű kadınlardan; gebeliđi planlı olanlar %62,9; normal dođum yapanlar %92,0; dođum űncesi kontrole gitmiř olanlar %42,2; dođumunu devlet hastanesinde yapmıř olanlar %64,0; dođumunu devlet hastanesinde yaptırmayı isteyenler %63,7; dođumunda herhangi bir problem olmuř olanlar %10,4; dođumunu ebe yaptırmıř olanlar %51,7, kűy ebesi %27,7; dođumunda ebe olmasından memnun olan/olmasını isteyenler %92,8; dođum řeklinden memnun olanlar %89,8; dođumdan korkanlar %39,5; dođumu 6-10 saat sűrműř olanlar %67,0; dođum sűresince ađızdan beslenmesine izin verilenler %32,4; dođum sűrecinde yanında kendine destek olacak birisi olanlar %28,2; dođum sűrecinde yűrűmesine veya alternatif pozisyon almasına izin verilenler %43,9; dođum sűresince mahremiyetinin korunduđunu dűşűnenler %39,5; dođumdan sonra bebeđine hemen temas etmiř olanlar %74,1; dođum sűrecinde sađlık personeli tarafından psikolojik destek almıř olanlar %23,9; dođum sűrecinde dođumun gidiřatına yűnelik bilgilendirilmiř olanlar %41,7 oranında olduđu saptanmıřtır (Tablo 4.5.)

İki grup arasında; gebeliđin planlı olma durumu, dođum řekli, dođum űncesi kontrole gitme durumu, dođum yapılan yer, dođumunu nerede yapmak istediđi, dođumu yaptıran kiři, dođumda ebe olmasından memnun olma/olmasını isterme durumu, dođum řeklinizden memnun kalma durumu, dođumdan korkma durumu, dođum sűrecinde ađızdan beslenmeye izin verilme durumu, dođum sűrecinde yanınızda size destek olacak birisinin varlıđı, dođum sűrecinde yűrűme veya alternatif pozisyon almaya izin verilme durumu, dođum sűrecinde bebeđin kalp sesi dinlenen cihaz(efm) bađlanma durumu, dođum sűrecinde mahremiyetin korunduđunu dűřűnme durumu, dođumdan sonra bebekle ilk temasın ne zaman gerřekeřtiđi, dođum sűrecinde sađlık personeli tarafından psikolojik destek alma durumu, dođum sűrecinde dođumun gidiřatına yűnelik bilgilendirilme durumu aėısından anlamlı farklılık bulunurken ($p < 0,05$); dođumda herhangi bir problem olma durumu ve dođumun

kaç saat sürdüğü açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Kadınların Doğumdan Korkma Sebepleri

	Grup					
	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Doğum Ağrısı	148	43,7	112	29,9	260	36,4
Bebeğin Zarar Görmesi	105	31,0	52	13,9	157	22,0
Ölme Düşüncesi	65	19,2	52	13,9	117	16,4
Yırtık Olması	101	29,8	59	15,7	160	22,4
Sağlık Personeli Olumsuz Davranışı	46	13,6	31	8,3	77	10,8
Korkutucu Doğum Hikayeleri	76	22,4	35	9,3	111	15,5
Diğer**	5	1,5	2	,5	7	1,0
Toplam*	546	100,0	343	100,0	889	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

**Hastaneden enfeksiyon bulaşacağı düşüncesi

Tablo 4.6.'da kadınların doğumdan korkma sebepleri verilmiştir (Tablo 4.6.).

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan; doğumdan korkma sebebi doğum ağrısı %43,7; bebeğin zarar görmesi %31,0; yırtık olması %29,8; korkutucu doğum hikayeleri %22,4 oranında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6.).

50 yaş üstü kadınlardan; doğumdan korkma sebebi doğum ağrısı %29,9; yırtık olması %15,7; bebeğin zarar görmesi %13,9; ölme düşüncesi %13,9 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Doğum Sürecinde Yapılan Uygulamalar

	Grup						
	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Doğum sürecinde yapılan uygulamalar	Epidural	3	,9	0	0	3	,5
	Suni Sancı	111	32,7	70	18,7	181	25,4
	Epizyotomi	116	34,2	123	32,8	239	33,5
	Vakum	4	1,2	16	4,3	20	2,8
	Amniyotomi	50	14,7	19	5,1	69	9,7
	Lavman	75	22,1	69	18,4	144	20,2
	Sonda	18	5,3	8	2,1	26	3,6
	Perine Traşı	6	1,8	6	1,6	12	1,7
	Karına Baskı	71	20,9	140	37,3	211	29,6
	Vajinal muayene	160	47,2	216	57,6	376	52,7
	Toplam*	614	100,0	667	100,0	1281	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 4.7.'de doğum sürecinde yapılan uygulamalar verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadın grubunda doğum sürecinde yapılmış uygulamalardan; vajinal muayene %47,2; epizyotomi %34,2; suni sancı %32,7 oranında belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

50 yaş üstü kadın grubunda doğum sürecinde yapılmış uygulamalardan; vajinal muayene %57,6; karına baskı %37,3; epizyotomi %32,8 oranında olduğu saptanmıştır (Talo 4.7.).

Tablo 4.8. Kadınların Doğumunu Tarif Ettiği İfadeler

		Grup					
		Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Doğumun başkalarına tarif edildiği ifadeler	Korkunç	35	10,3	21	5,6	56	7,8
	Zor	123	36,3	141	37,6	264	37,0
	Ağrılı	185	54,6	197	52,5	382	53,5
	Muhteşem	63	18,6	41	10,9	104	14,6
	Huzurlu	61	18,0	81	21,6	142	19,9
	Kolay	63	18,6	100	26,7	163	22,8
	Toplam*	530	100,0	581	100,0	1111	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 4.8.'de kadınların doğumunu tariff ettiği ifadeler verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan; doğumunu başkalarına ağırli olarak tarif edenler %54,6; zor olarak tarif edenler %36,3; kolay ya da muhteşem olarak tarif edenler %18,6 oranında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8.).

50 yaş üstü kadınlardan; doğumunu başkalarına ağırli olarak tarif edenler %52,5; zor olarak tarif edenler %37,6; kolay olarak tarif edenler %26,7 oranında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Kadınların Doğumu Başkalarından Duyduğu İfadeler

		Grup					
		Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Kadınların doğumu başkalarından duyduğu ifadeler	Korkunç	115	33,9	74	19,7	189	26,5
	Zor	182	53,7	188	50,1	370	51,8
	Ağrılı	146	43,1	173	46,1	319	44,7
	Muhteşem	27	8,0	19	5,1	46	6,4
	Huzurlu	33	9,7	44	11,7	77	10,8
	Kolay	56	16,5	66	17,6	122	17,1
	Tarif Edilmedi	9	2,7	45	12,0	54	7,6
	Toplam*	568	100,0	609	100,0	1177	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 4.9.'da kadınların doğumu başkalarından duyduğu ifadeler verilmiştir (Tablo 4.9.).

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum eylemi kendisine zor olarak tarif edilmiş olanlar %53,7; ağrılı olarak tarif edilmiş olanlar %43,1; korkunç olarak tarif edilmiş olanlar %33,9 oranında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9.).

50 yaş üstü kadınlardan doğum eylemi kendisine zor olarak tarif edilmiş olanlar %50,1; ağrılı olarak tarif edilmiş olanlar %46,1; korkunç olarak tarif edilmiş olanlar %19,7 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı

	Grup			
	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar	
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss
Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?	5,27	3,19	3,64	3,05
Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?	5,55	3,13	3,61	3,05
Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?	5,62	3,17	3,38	2,89
Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?	6,19	3,56	4,80	3,57
Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?	4,61	3,03	3,33	2,96
Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?	6,01	3,32	3,86	3,14
Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?	5,17	3,44	3,30	3,08
Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?	6,01	2,99	3,86	2,80
Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?	4,60	2,96	2,14	2,34
Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?	4,05	3,55	3,27	3,30
Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?	3,40	3,15	2,01	2,47
TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?	3,50	3,12	2,12	2,76
Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hisseder misiniz?	4,60	3,06	2,49	2,59

Tablo 4.10.'da travmatik doğum algısı ölçeğinden alınan puanların dağılımı verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar için TDAÖ puanı ortalaması en yüksek olan ifadeler (Tablo 4.10.);

- Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?
- Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?
- Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar için TDAÖ puanı ortalaması en düşük olan ifadeler (Tablo 4.10.);

- Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?
- TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?
- Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?

50 yaş üstü kadınlar için TDAÖ puanı ortalaması en yüksek olan ifadeler (Tablo 4.10.);

- Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?
- Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?
- Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

50 yaş üstü kadınlar için TDAÖ puanı ortalaması en düşük olan ifadeler (Tablo 4.10.);

- Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?
- TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?
- Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?

Tablo 4.11. Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Gruplar İle İlişkisi

	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	P
	Ortalama	Ss		
Son bir yılda doğum yapmış kadınlar	64,57	26,60	11,556	,000*
50 yaş üstü kadınlar	41,79	26,02		

*p<0,05

Tablo 4.11.'de travmatik doğum algısı ölçek puanının gruplar açısından incelenmesi için yapılan analiz sonuçları tabloda verilmiştir.

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puan ortalamaları gruba göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre 1 yıl içinde doğum yapmış kadın olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir (Tablo 4.11.).

Tablo 4.12. Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Sosyo-Demografik Özellikler İle İlişkisi

	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar				50 yaş üstü kadınlar				
	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	p	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	p	
	Ortalama	Ss			Ortalama	Ss			
Medeni durum	Evli	64,77	26,58	,705	,481	42,79	25,60	1,885	,060
	Ayrı	59,46	27,74			35,43	27,96		
Öğrenim durumu	Okuryazar Değil/Okuryazar/İlkokul/Ortaokul	68,56	27,75	7,939	,000*	44,01	27,14	6,224	,002*
	Lise	67,77	24,38			32,94	19,14		
	Üniversite Ve Üstü	55,73	26,02			29,72	12,04		
Meslek	Çalışan	52,87	25,17	-5,712	,000*	32,44	21,64	-2,754	,006*
	Çalışmayan	69,89	25,55			43,23	26,37		
Eşin mesleği	Çalışan	64,65	26,72	,006	,995	44,27	25,80	1,386	,167
	Çalışmayan	64,60	25,76			40,17	25,42		
Toplam gelir	Gelir Giderden Fazla	52,52	24,43	8,731	,000	37,43	23,71	,907	,404

durumu	Gelir Gidere Eşit	67,74	26,93	*	42,65	26,08			
	Gelir Giderden Düşük	65,69	22,95		41,86	28,03			
Sosyal güvence	Ssk	64,32	26,78	,835	,435	44,81	27,29	6,824	,001*
	Bağ-Kur	70,90	25,99			44,73	25,00		
	Emekli Sandığı	61,23	27,82			32,35	20,72		
Büyüdüğü yer	İl	60,68	27,88	2,612	,051	42,91	29,42	1,863	,135
	İlçe	64,67	22,60			38,27	23,12		
	Kasaba	66,41	28,47			49,58	26,88		
	Köy	70,81	27,38			41,25	25,05		

Tablo 4.12.'de travmatik doğum algısı ölçek puanının grup ayırımında sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi için yapılan analiz sonuçları tabloda verilmiştir. Buna göre;

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanı (Tablo 4.12.);

- Öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre okuryazar olmayan ya da okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunu olanların puan ortalaması anlamlı şekilde en yüksek iken eğitim düzeyi arttıkça ortalama düşmektedir.

- Çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre çalışmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Gelire göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre geliri giderine eşit olanların puan ortalaması anlamlı şekilde en yüksek iken geliri giderinden fazla olanların ortalaması en düşüktür.

50 yaş üstü kadın Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanı (Tablo 4.12.);

- Öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre okuryazar olmayan ya da okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunu olanların puan ortalaması anlamlı şekilde en yüksek iken eğitim düzeyi arttıkça ortalama düşmektedir.

- Çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre çalışmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Sosyal güvenceye göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre sosyal güvencesi SSK olanların puan ortalaması anlamlı şekilde en yüksek iken emekli sandığı olanların ortalaması en düşüktür.

Tablo 4.13. Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puanının Obstetrik Özellikler İle İlişkisi

	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar				50 yaş üstü kadınlar				
	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	p	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	P	
	Ortalama	Ss			Ortalama	Ss			
Gebelik sayısı	1,00	68,18	23,91	,911	,458	36,78	20,30	,862	,487
	2,00	63,58	28,46			45,69	25,18		
	3,00	62,35	27,89			38,81	25,06		
	4,00	62,42	25,67			42,95	25,55		
	5 ve üstü	58,25	28,16			42,10	28,25		
Doğum sayısı	1,00	67,03	25,04	,984	,400	40,25	21,39	1,110	,345
	2,00	62,09	28,24			45,74	26,64		
	3,00	64,71	26,23			40,13	25,71		
	4 ve üstü	59,00	30,79			40,66	26,42		
Düşük sayısı	,00	64,56	26,64	1,106	,332	41,70	25,75	,005	,995
	1,00	66,27	26,91			42,00	27,34		
	2-3 kez	52,22	22,03			41,88	24,88		
Küretaj sayısı	,00	65,70	26,24	4,645	,010*	41,14	25,13	2,962	,053
	1,00	60,32	28,05			40,67	28,41		
	2-3 kez	38,38	21,25			56,71	32,08		
Yaşayan çocuk sayısı	1,00	67,39	25,28	1,128	,338	38,33	21,27	1,315	,269
	2,00	62,03	27,68			45,43	26,29		
	3,00	62,87	26,58			41,49	26,19		
	4 ve üstü	60,46	31,34			38,77	26,15		

* $p<0,05$

Travmatik Doğum Algısı Ölçek puanının grup ayrımında obstetrik özellikler açısından incelenmesi için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir (Tablo 4.13.).

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadın Travmatik Doğum Algısı Ölçek puanı kürtaj sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre kürtaj yaptırmamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde en yüksek iken sayı arttıkça ortalama düşmektedir.

50 yaş üstü kadın Travmatik Doğum Algısı Ölçeği obstetrik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Doğuma İlişkin Özellikler İle İlişkisi

		Son bir yılda doğum yapmış kadınlar				50 yaş üstü kadınlar			
		Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	p	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	p
		Ortalama	Ss			Ortalama	Ss		
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	64,00	26,12	-,863	,389	41,87	25,25	,078	,938
	Hayır	67,31	28,89			41,65	27,37		
Doğum şekli	Normal Doğum	59,60	25,69	-3,466	,001*	40,59	25,69	-3,064	,002*
	Sezaryen	69,45	26,64			55,60	26,27		
Doğum öncesi kontrole gitme durumu	Evet	65,09	26,76	1,057	,291	45,95	25,99	2,646	,008*
	Hayır	60,14	25,08			38,79	25,74		
Doğum yapılan yer	Devlet Hastanesi	67,06	26,08	2,067	,040*	43,80	26,69	1,373	,171
	Özel Hastane	60,90	26,92			34,50	17,22		
Doğumu nerede yapmak istediği	Devlet Hastanesi	66,43	26,01	,968	,334	41,74	25,79	-,440	,660
	Özel Hastane	63,59	26,80			43,13	26,84		

Doğumda herhangi bir problem olma durumu	Evet	72,86	26,40	2,201	,028*	61,46	26,19	5,155	,000*
	Hayır	63,36	26,45			39,51	25,06		
Doğumu yaptıran kişi	Doktor	66,39	27,29	1,700	,090	51,64	28,23	3,397	,001*
	Ebe	61,21	25,34			39,61	25,34		
Doğumda ebe olmasından memnun olma/olmasını isteme durumu	Evet	63,33	26,55	-1,778	,076	41,37	25,46	-1,134	,258
	Hayır	69,88	26,36			47,26	32,52		
Doğum şeklinden memnun kalma durumu	Evet	62,56	26,37	-2,924	,004*	40,45	25,34	-3,017	,003*
	Hayır	73,18	26,18			53,74	29,11		
Doğumdan korkma durumu	Evet	75,70	21,09	11,726	,000*	62,53	23,13	16,271	,000*
	Hayır	46,21	24,53			28,27	17,53		
Doğumun kaç saat sürdüğü	1-10 Saat	58,93	25,19	,351	,705	38,89	24,69	5,044	,007*
	10-15 Saat	63,18	26,61			42,61	28,15		
	15 Saatten Fazla	59,83	30,16			57,58	25,01		
Doğum sürecinde ağızdan beslenme durumu	Evet	58,10	26,05	-,322	,748	32,12	22,50	-4,319	,000*
	Hayır	60,08	25,77			44,44	25,88		
Doğum sürecinde yanında destek olacak birisinin varlığı	Evet	52,26	22,98	-2,787	,006*	36,00	25,22	-2,512	,012*
	Hayır	65,74	26,91			43,63	26,09		
Yürümeye veya alternatif pozisyon almaya izin verilme durumu	Evet	60,50	24,99	2,322	,101	40,56	26,52	1,172	,311
	Kısmen	63,35	27,48			38,01	21,82		
	Hayır	51,86	23,59			43,67	28,21		
Bebeğin kalp sesi dinlenen cihaz(EFM) bağlanma	Evet	59,63	25,11	3,110	,047*				
	Kısmen	73,12	28,16						

durumu	Hayır	52,37	25,80						
	Evet	63,49	26,51			40,89	24,05		
Mahremiyeti n korunduğunu düşünme durumu	Kısmen	65,63	26,79	,290	,748	41,65	23,90	,294	,745
	Hayır	65,82	26,84			43,58	32,15		
Doğumdan sonra bebekle ilk temasın ne zaman gerçekleştiği	Hemen	61,25	25,39			37,62	25,05		
	1-6 Saat Sonra	72,17	28,16	6,002	,003*	53,38	25,26	15,45	,000
	6 Saatten Fazla	70,42	26,99			72,00	2,83	8	*
Sağlık personeli tarafından psikolojik destek alma durumu	Evet	63,10	25,68			35,50	19,81		
	Hayır	66,41	27,29	-1,143	,254	46,03	27,62	-2,783	,006
Doğumun gidişatına yönelik bilgilendirilme durumu	Evet	65,36	25,99			40,69	24,55		
	Hayır	63,04	28,19	,692	,489	45,52	27,42	-1,459	,146

*p<0,05

Travmatik Doğum Algısı Ölçek puanının grup ayrımında doğuma ilişkin özellikler açısından incelenmesi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.14. 'de verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların Travmatik Doğum Algısı Ölçek puanı;

- Doğum şekline göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre sezaryen olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.
- Doğumun yapıldığı yere göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre doğumu devlet hastanede yapmış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğumunda herhangi bir problem olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumunda problem olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğum şeklinden memnun kalma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğum şeklinden memnun kalmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğumdan korkma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumdan korkanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğum sürecinde yanında kendine destek olacak birisi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğum süresinde yanında kendine destek olacak birisi olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğum sürecinde EFM bağlanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğum sürecinde EFM kısmen bağlananların puan ortalaması anlamlı şekilde en büyük iken bağlanmayanların ortalaması en düşüktür.

- Doğumdan sonra bebekle ilk temasın gerçekleştiği zamana göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumdan sonra bebeğiyle 1-6 saat sonra temas edenlerin puan ortalaması anlamlı şekilde en büyük iken hemen temas edenlerin ortalaması en düşüktür.

50 yaş üstü kadınların Travmatik Doğum Algısı Ölçek puanı;

- Doğum şekline göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre sezaryen olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğum öncesi kontrole gitme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğum öncesi kontrole gitmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğumunda herhangi bir problem olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumunda problem olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğumu yaptıran kişiye göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumunu doktor yaptıranların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğum şeklinden memnun kalma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğum şeklinden memnun kalmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğumdan korkma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumdan korkanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğum süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumu 15 saatten fazla sürenlerin puan ortalaması anlamlı şekilde en yüksek iken süre azaldıkça puan ortalaması da düşmektedir.

- Doğum sürecinde ağızdan beslenmeye izin verilme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre ağızdan beslenmeye izin verilmeyenlerin puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğum sürecinde yanında kendine destek olacak birisi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğum süresinde yanında kendine destek olacak birisi olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Doğumdan sonra bebekle ilk temasın gerçekleştiği zamana göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğumdan sonra bebeğiyle hemen temas edenlerin puan ortalaması anlamlı şekilde en yüksek iken süre arttıkça puan ortalaması düşmektedir.

- Doğum sürecinde sağlık personeli tarafından psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre psikolojik destek almamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 4.15. Doğum Şekli Ayırımında Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Gruplar İle İlişkisi

	Normal			Sezaryen				
	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	p	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		İstatistik	p
	Ortalama	Ss			Ortalama	Ss		
Son bir yılda doğum yapan kadınlar	59,60	25,69	7,863	,000*	69,45	26,64	2,632	,009*
50 yaş üstü kadınlar	40,59	25,69			55,60	26,27		

*p<0,05

Tablo 4.15.'de görülen Doğum Şekli Ayırımında Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Grup Açısından İncelenmesi için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Normal doğum yapanlarda Travmatik Doğum Algısı Ölçeği gruba göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

Sezaryen olanlarda Travmatik Doğum Algısı Ölçeği gruba göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların puan ortalaması anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 4.16. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile Bazı Sayısal Değişkenler Arasındaki İlişki

	Son bir yılda doğum yapmış kadınlar		50 yaş üstü kadınlar			
	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		Travmatik Doğum Algısı Ölçeği			
Yaş	-,247**		-,257**		R	
	,000		,000		P	
İlk gebelik yaşı	-,161**		-,049		R	
	,003		,348		P	
Kontrol sayısı	,088		,135		R	
	,127		,089		P	
Doğum Hastanede süresi	Öncesi bekleme	,236**		,350**		R
		,002		,000		P
Vajinal sayısını	muayene	,226**		,138*		R
		,004		,042		P

****p<0,01, *p<0,05**

Tablo 4.16.'da görülen Grup Ayrımında Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile Sayısal Değişkenler Arasındaki İlişkinin incelenmesi için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Son bir yıl içinde doğum yapmış kadın Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile yaş arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; ilk gebelik yaşı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; hastane bekleme süresiarasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; vajinal muayene sayısı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

50 yaş üstü kadın Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile yaş arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; hastane bekleme süresi arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; vajinal muayene sayısı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.17. Travmatik Doğum Algısı Düzeyi ile Gruplar Arasındaki İlişki

				Grup		X ²	P
				Son bir yılda doğum yapmış kadınlar	50 yaş üstü kadınlar		
Travmatik Doğum Algısı Düzeyi	Çok düşük	n	25	125	150	116,3 34	,000*
		%	16,7%	83,3%	100,0%		
	Düşük	n	91	137	228		
		%	39,9%	60,1%	100,0%		
	Orta	n	116	68	184		
		%	63,0%	37,0%	100,0%		
Yüksek	n	84	42	126			
	%	66,7%	33,3%	100,0%			
Çok yüksek	n	23	3	26			
	%	88,5%	11,5%	100,0%			

*p<0,05

Tablo 4.17'de görülen Travmatik Doğum Algısı Düzeyi ile Gruplar Arasındaki İlişkinin incelenmesi için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Travmatik Doğum Algısı Düzeyi ile grup arasında ilişki bulunmaktadır (p<0,05). TDAÖ puan düzeyi çok düşük (%83,3) ve düşük olanların çoğunluğu (%60,1) 50 yaş üstü kadın grubunda iken orta (%63,0), yüksek (%66,7) ve çok yüksek olanların çoğunluğu (%88,5) son bir yıl içinde doğum yapmış kadın grubundadır.

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümünde çalışma grubumuzu oluşturan kadınların bulguları 3 başlık altında tartışılarak yorumlanmıştır;

5.1 Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve doğuma ilişkin özelliklerin tartışılması,

5.2 Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların travmatik doğum algısı sıklığı ve etki eden faktörlerin tartışılması,

5.3 Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların travmatik doğum algılarının karşılaştırılması.

5.1. Son Bir Yıl İçinde Doğum Yapmış Kadınlar İle 50 Yaş Üstü Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Doğuma İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların ile 50 yaş üstü kadınların sosyo-demografik özelliklerine baktığımızda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların **yaş** ortalaması **28,86±4,92**(min. 18-max.42); 50 yaş üstü kadınların yaş ortalaması **57,93±7,49**(min.50-max.87) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.).

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların **evli** olanlar **%96,2**; 50 yaş üstü kadınların **evli** olanlar ise **%86,4** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.1.).

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların **lise, üniversite ve üstü mezunu** olanlar **%65,2**; 50 yaş üstü kadınların **okuryazar, ilk-ortaokul mezunu** olanlar **%63,7** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.1.). TNSA 2018 verilerine göre; Ege Bölgesi'nde kadınların öğrenim durumu lise ve üzeri olanlar **%48,6**'dır (TNSA, 2018). TNSA 1998 verilerine göre ise kadınların **%74,3**'ü okuryazar, ilk-ortaokul mezunudur (TNSA, 1998). Çalışmamızın bu sonucu TNSA verileri ile uyumludur. Son yıllarda her geçen gün eğitim düzeyinin artış gösterdiği görülmektedir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **çalışmayanlar %68,7**; 50 yaş üstü kadınlardan **çalışmayanlar %86,7**

oranında saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.1.). Günümüzde eğitim düzeyinin artması ile kadınların çalışma alanında daha yaygın olarak bulunduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **eşi çalışanlar %97,0**; 50 yaş üstü kadınlardan **eşi çalışanlar %65,3** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.1.). 50 yaş üstü kadınların eşlerini kaybetme oranı ve emekli oranı daha fazla olduğundan arada farklılık olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **geliri giderine eşit** olanlar **%68,4**; 50 yaş üstü kadınlardan **geliri giderine eşit** olanlar **%72,0** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.). Gelir dağılımının eşit olduğu sonucuna varılabilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **SSKlı** olanlar **%81,4**; 50 yaş üstü kadınlardan **SSKlı** olanlar **%59,5** oranında saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.1.). Yaşın değişmesinden dolayı çalışma alanlarının farklılık gösterdiği düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **ilde** büyümüş olanlar **%42,5**; 50 yaş üstü kadınlardan **köyde** yaşamış olanlar **%39,5** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.1.). Geçmişten günümüze en büyük değişikliklerden biri de köyden kente taşınmalar olmuştur. Çalışma ve yaşam koşullarının kentte daha iyi olduğunu düşünülerek nüfus şehire kaymıştır. Çalışmamızın bu sonucu bu değişimi bir kez daha ortaya koymuştur.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların obstetrik özelliklerine baktığımızda; son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınların **ilk gebelik yaşı** ortalaması **23,14±3,75**(min.15-max.40); 50 yaş üstü kadınların **ilk gebelik yaşı** ortalaması **20,61±4,17**(min.14-max.45) olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2.). Çalışmamızın bu sonucunda ilk gebelik yaş ortalamasının her geçen gün arttığı ortaya koyulmuştur. Kariyer, iş bulma vb. nedenlerle evlilik yaşının artması sonucu ilk gebelik yaşının arttığı düşünülebilir. Erken ve geç yaş gebeliklerin geçmişte günümüze göre daha sık

olduğu görülmektedir. Günümüzde toplum erken ve geç yaş gebeliklerin risklerini bilmekte ve bu durumda korunmakta olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **primipar** olanlar **%45,4**; 50 yaş üstü kadınlardan **3 kez gebe kalmış** olanlar **%30,1** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.). Bu durum son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların henüz paritelerini tamamlamadıkları ile açıklanabilir. Aynı zamanda günümüzde istenmeyen gebeliklerin önlenmesiyle kişi parite sayısını ve zamanını daha rahat planlayabilmektedir. Geçmişten günümüze kadınların doğurganlık hızının düşmüş olduğu ise TNSA verileri ile ortaya konmuştur.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **hiç düşük yapmamış** olanlar **%77,9**; 50 yaş üstü kadınlardan **hiç düşük yapmamış** olanlar **%65,6** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.). Günümüzde tıp ve teknolojinin gelişmesi ile istenmeyen gebelikler önlenilmekte ve yahut riskli gebeliklerin tedavisi ve düşüğü önlemede daha başarılı olabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı günümüzde düşük sayısının azaldığı düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **hiç kürtaj olmamış** olanlar **%88,5**; 50 yaş üstü kadınların **hiç kürtaj olmamış** olanlar **%83,2** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.). Günümüzde aile planlaması uygulamalarının etkinliği, ulaşılabilirliği nedeniyle istenmeyen gebelikleri önlemekte daha başarılıdır. Geçmişte istenmeyen gebeliklerin fazla olduğu göz önüne alınacak olursa bu nedenle küretaj oranının daha fazla olduğu düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **1 çocuğu olanlar %46,3**; 50 yaş üstü kadınların **3 çocuğu olanlar %37,3** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.). Bu durum son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların henüz paritelerini tamamlamadıkları ile açıklanabilir. Fakat günümüzde çocuk sayısı ortalaması Batı Bölgeleri için 2,0 olduğu göz önüne alınacak olursa, geçmişten günümüze kadınların doğurganlığı azalmaktadır (TNSA, 2018).

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların doğuma ilişkin özelliklerine baktığımızda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların **sezaryen** doğum oranı **%50,4**; 50 yaş üstü kadınların **normal doğum** oranı **%92,0** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Geçmişte doğum olayı gayet ‘normal’ hayatın bir parçası olarak görülüyorken, günümüzde ‘tedavi edilmesi gereken bir hastalık’ gibi görülmekte; çok sık doktor ve ultrason muayeneleri, gereksiz tıbbi uygulamalar baş göstermiştir. Bu durumda kadınların ‘doğurabilme yetileri’ ellerinden alınmış, doktor kontrolünde hastane ortamında ‘doğurtulmaya’ başlanmıştır. Doğallığından koparılmış doğum olayı, medikalize edilmiştir. Kadınlar kendi evlerinde kendi tanıdığı kişilerle ve bildiği ebe ile müdahalesiz bir şekilde ‘doğururken’, günümüzde hastane ortamında ve jinekologların kontrolünde ‘doğurtulmaktadır’. Hastane ortamında yaptırılan ‘normal doğum’ diye tabir edilen doğumlar dahi bu medikalizasyondan nasibini almış, gereksiz rutin müdahaleler had safhadadır. Bütün bunların sonucunda sezaryen oranlarının artması kaçınılmaz bir durumdur.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **gebeliği planlı** olanların oranı **%82,9**; 50 yaş üstü kadınların **gebeliği planlı** olanların oranı **%62,9** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). TNSA verilerine göre herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kişilerde artış görülmektedir. 1993 yılında bu oran %63 iken günümüzde %70’tir (TNSA, 2018). Aile planlaması uygulamalarının ulaşılabilirliğinin artmasıyla, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gebeliklerin sayısının ve zamanının planlı hale gelmiş olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **doğum öncesi kontrole** gitmiş olanlar **%89,4**; 50 yaş üstü kadınların **doğum öncesi kontrole** gitmiş olanlar **%42,2** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Geçmişte gebeliği sağlıklı ilerleyen kadınlar gebelik kontrolüne gitmez, herhangi bir problem olduğu durumlarda giderlerdi. Çünkü eskiden, günümüzde ki gibi doktora hastaneye ulaşım kolay değildi. Günümüzde gebeler rutin kontrollerini yaptırmakta hatta evhamlanıp gereksiz yere sık sık kontrole giden kadınlarda bulunmakta. Günümüzde eğitim

düzeyinin artması, sosyoekonomik seviyenin yükselmesiyle doğum öncesi kontrole giden kadın sayısının artmış olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum öncesi **kontrol sayıları** ortalaması **8,91±4,42**; 50 yaş üstü kadınların **kontrol sayıları** ortalaması **3,43±2** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). Geçmişten günümüze kontrole giden kadın sayısının artmasıyla, bir kadının kontrole gitme sayısında artmıştır. Önerilen sayıda yapılmış rutin gebelik kontrolleri bazı riskli durumlar için öngörü sağlamakta başarılı olmaktadır. Fakat DSÖ'nün önerdiği rutin kontrol sayısından fazla gidenler için, günümüzde gebeliğini riskli bir durum, kontrol altında tutulması gereken bir hastalık gibi algılayan kadınların gereksiz yere sık sık kontrole gitmesi ile açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğumunu **devlet hastanesinde** yapmış olanlar **%62,5**, **özel hastanede** yapmış olanlar **%36,6**; 50 yaş üstü kadınların doğumunu **devlet hastanesinde** yapmış olanlar **%64,0**, **evde** yapmış olanlar **%31,7** oranında saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Ev doğumlarının günümüzde oldukça azaldığı görülmektedir. Bu durumda kadınların 'gebelik ve doğum varsa doktor ve hastane olmalı' algısına sahip olduğu söylenebilir. Geçmişte doğum normal yaşamın bir parçası olarak görüldüğü için, evde ve tanıdık kişiler ile birlikte yapılmaktaydı. Günümüzde bu durum hastane ortamında, enfeksiyon riskinin yüksek olduğu ve kadının yalnız bırakıldığı bir ortamda, yabancı kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Çalışmamızın bu sonucunda, özellikle son 30 yılda doğumların ev ortamından hastane ortamına kaydığı görülmektedir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğumunu **özel hastanede yapmayı isteyenler %58,0**; 50 yaş üstü kadınların doğumunu **devlet hastanesinde yapmayı isteyenler %63,7** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların doğumlarını özel hastanede yapmak istemektedir. Bunun sebebi olarak; özel hastanelerde otelcilik hizmetinin ve konforun ön planda olması, kişinin fikrini almaya daha çok özen gösterilmesi ve

dođal olarak kiřinin memnuniyetini arttırıcı Őekilde davranılması sonucu, kadınların özel hastaneye gitmek istedikleri dūřunūlebilir.

Arařtırmamıza katılan son bir yıl içinde dođum yapmıř kadınların dođum Őeklinden **memnun** olanların oranı **%80,8**; 50 yař ũstū kadınların dođum Őeklinden **memnun** olanların oranı **%89,8** olarak saptanmıř olup aradaki fark anlamlı bulunmuřtur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Gūnūmūzde dođum Őeklinden memnun olan kadınların sayısı azalmıřtır. Sezaryen oranlarının artması ve normal dođumların mūdahaleli dođum Őeklini almasıyla kadınlarda ki memnuniyet dūzeyinin azaldıđı sūylenebilir. Gūnūmūzde planlı sezaryen ve kadının isteđine bađlı sezaryen sayısı oldukça fazladır. Bu duruma bađlı olarak kadınların sezaryen olmasına rađmen memnuniyet dūzeylerinin yūsek olması, kadınların dođumlarını sezaryen ile gerçekleřtirmek istediklerini ve bu durumdan memnun kaldıkları için olduđu sūylenebilir.

Çalıřmamıza katılan son bir yıl içinde dođum yapmıř kadınlardan dođumunda herhangi bir **problem** olmuř olanlar **%12,7**; 50 yař ũstū kadınların dođumunda herhangi bir **problem** olmuř olanlar **%10,4** oranında saptanmıř olup aradaki fark anlamlı bulunmamıřtır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.). Çalıřmamızın bu sonucunda, geçmiřten gūnūmūze dođumda problem yařamıř kadınların oranı benzerlik gūstermektedir. Geçmiřte dođumun ebeler tarafından yaptırılması dođum sırasında ki riskleri arttırmadıđı sonucu çıkarılabilir. Aynı zamanda dođumda yařanan problem oranında deđiřiklik yařanmamasına rađmen gūnūmūzde sezaryen oranı ve yapılan mūdahale sayısının oldukça fazla olduđu sūylenebilir.

Arařtırmamıza katılan son bir yıl içinde dođum yapmıř kadınlardan dođumu **10 saatten az** sūrenler **%72,9**; 50 yař ũstū kadınların dođumu **10 saatten az** sūrenler **%76** olarak saptanmıř olup aradaki fark anlamlı bulunmamıřtır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.). Çalıřmamızın bu sonucunda, dođum saati açısından iki grup arasında benzerlik gūrūlmektedir. Geçmiřte kadınların travay sūrecinde hareketli olmaları, ađızdan beslenmeleri; gūnūmūzde ise uygulanan dođumu hızlandırıcı uygulamaların kullanılması nedeniyle dođum saatlerinin benzerlik gūsterdiđi sūylenebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğumunu **doktor** yaptırmış olanlar **%64,8**; 50 yaş üstü kadınların doğumunu **ebe** yaptırmış olanlar **%51,7**; **köy ebesi** yaptırmış olanlar **%27,7** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Eskiden doğumlar evde veya hastanede ebeler tarafından yaptırılmaktaydı. Günümüzde ise durum değişmiş ve doğumlar medikalize bir hal alıp kadın doğum doktorlarının eline kaymıştır. Çalışmamızın bu sonucunda, doğumların ebelerin ellerinden doktorların ellerine kaydığını ortaya koymuştur.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğumunda **ebe olmasından memnun olan/olmasını isteyenler %81,1**; 50 yaş üstü kadınların doğumunda **ebe olmasından memnun olan/olmasını isteyenler %92,8** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Çalışmamızın bu sonucunda, 50 yaş üstü kadınların doğumunda ebe olmasından daha çok memnun oldukları görülmektedir. Bunun sebebi olarak, geçmişte evde tanıdığı bir ebe tarafından doğumuna yardım edilen kadınların, tanımadığı bir ortamda tanımadığı kişiler tarafından bir takım tıbbi uygulamalara maruz kalan günümüz kadınlarına göre memnuniyetlerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum süresince **ağızdan beslenmesine izin verilenler %12,0**; 50 yaş üstü kadınlardan doğum süresince **ağızdan beslenmesine izin verilenler %32,4** oranında saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). 50 yaş üstü kadınların doğum sürecinde oral alımının daha fazla olduğu görülmektedir. Günümüzde doğumhaneye yatışı yapılmış bir kadının hastane prosedürleri gereği oral alımı kesinlikle kapatılmaktadır. 50 yaş üstü kadınların evde doğum oranı çok daha fazla olduğu göz önüne alınacak olursa, ağızdan beslenme oranının günümüzde azalmış olmasının nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum sürecinde yanında kendine **destek olacak birisi** olanlar **%11,6**; 50 yaş üstü kadınlardan doğum sürecinde yanında kendine **destek olacak birisi** olanlar **%28,2** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur

($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Doğum sürecinde sosyal destek almış kadınların günümüzde azaldığı görülmektedir. Günümüzde doğumların hastanede gerçekleşmesi ve yanına refakatçi hiç kimsenin alınmaması, kadını yalnızlaştıracak prosedürlerin olması neden olarak gösterilebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum sürecinde **yürümesine veya alternatif pozisyon** almasına izin verilenler %**40,2**; 50 yaş üstü kadınlardan doğum sürecinde **yürümesine veya alternatif pozisyon** almasına izin verilenler %**43,9** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.). Çalışmamızın bu sonucunda, yürüme ve alternatif pozisyon alma açısından iki grup arasında farklılık olmadığı görülmektedir. Bu durum, günümüzde sağlık personelinin anne dostu hastane prosedürleri kapsamında doğuma saygılı bir ortam oluşturma çabalarının bir sonucu olarak görülebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum süresince **mahremiyetinin korunduğunu** düşünenler %**51,3**; 50 yaş üstü kadınlardan doğum süresince **mahremiyetinin korunduğunu** düşünenler %**39,5** oranında saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). 50 yaş üstü kadınların mahremiyet ihlali olduğunu düşünenler daha fazladır. Günümüzde hasta hakları ve kişinin mahremiyetine saygılı olmaya özen gösterilmektedir. Bu duruma bir diğer açıklama ise şu şekilde olabilir; eskiden kadınlar doğumları sırasında yanında her hangi bir kişinin bulunmasını dahi mahremiyet ihlali olarak görmekteydi. Ancak günümüzde durum değişiklik göstermiş, sağlık personelinin de çabalarıyla bilinç düzeyi artmıştır. ‘Hastalıkta-doğumda mahremiyet olmaz’ düşüncesi ile kadınlarda üzerlerine küçük bir örtü dahi örtülse ‘mahremiyetime dikkat edildi’ algısı oluşmaktadır. Kuşak farklılığı, kültür değişimi ve mahremiyet algısının değişmesi bunun nedeni olarak gösterilebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğumdan sonra **bebeğiyle hemen temas** etmiş olanlar %**68,7**; 50 yaş üstü kadınlardan doğumdan sonra **bebeğiyle hemen temas** etmiş olanlar %**74,1** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). 50 yaş üstü kadınların normal doğum oranı çok yüksek olduğu için bebeğiyle

hemen temas etmiş olanların oranı daha fazla olduğu görülmektedir. Fakat 50 yaş üstü kadınların normal doğum oranınının %92 olduğu göz önüne alınırsa bebeğiyle hemen temas etmiş olanların oranı azdır. Bunun nedeni, geçmişte ‘üç vakit sonra bebeğini emzirme’, ‘bebekle bir hafta ayrı odalarda yatma’ gibi geleneksel uygulama ve inançların daha fazla olmasıdır. Aynı zamanda günümüzde sezaryen oranlarının çok fazla olmasına rağmen bebeğiyle hemen temas gerçekleştirmiş olanların oranının fazla olması, hastanelerin ‘anne dostu hastane’ uygulamaları ve sağlık çalışanları tarafından sezaryen sonrası dahi ten tene temasa özen gösterilmesidir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum sürecinde **sağlık personeli tarafından psikolojik destek** almış olanlar %49,1; 50 yaş üstü kadınlardan doğum sürecinde **sağlık personeli tarafından psikolojik destek** almış olanlar %23,9 olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Günümüz doğumlarında sağlık personeli tarafından psikolojik destek almış olanların daha fazla olduğu görülmektedir. Her geçen gün kadına psikolojik destek vermenin önemi vurgulanmakta ve buna özen gösterilmektedir. Özellikle günümüz kadınlarının özel hastaneye gitmek istemesinin temelinde de bu yatmaktadır. Özel hastanede sağlık çalışanları tarafından psikolojik destek göstermeye daha çok dikkat edilmektedir. Bu nedenle oranların farklılık gösterdiği düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum sürecinde **doğumun gidişatına yönelik bilgilendirilmiş** olanlar %75,3; 50 yaş üstü kadınlardan doğum sürecinde **doğumun gidişatına yönelik bilgilendirilmiş** olanlar %41,7 olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Günümüz kadınlarının sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle doğuma dair soruları, beklentileri daha fazladır. Kadınlar doğumunun gidişatına yönelik, bebeğinin ve kendisinin sağlık durumu ile çok daha yakından ilgilenip, rahatça istedikleri soruyu sorabilmektedir. Bu nedenle günümüzde doğumun gidişatına yönelik bilgilendirme daha kapsamlı olmaktadır.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum sürecinde **sürekli EFM** uygulananlar **%78,3**, **aralıklı EFM** uygulananlar **%10,2** oranında saptanmıştır (Tablo 4.5.). Günümüz doğumlarının hastanede gerçekleşmesi ve hastane prosedürleri gereği, sürekli EFM yapılmaktadır. Oysa DSÖ, ACOG gibi kuruluşlar aralıklı oksültasyon önermektedir.

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan doğum öncesi **hastanede bekleme süresi** ortalaması **7,05±4,86**; 50 yaş üstü kadınlardan doğum öncesi **hastanede bekleme süresi** ortalaması **4,92±4,28** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). Çalışmamızın bu sonucuna göre, günümüzde doğum öncesi hastanede bekleme süresinin daha fazla olduğu görülmektedir. Eskiden kadınlar, doğumunu eğer hastanede yapacaklarsa doğumlarının son aşamasında hastaneye gitmekteydi. Günümüzde ise ufacık yalancı doğum sancısında bile hemen hastaneye gidip yatmak isteyen kadınlar bulunmaktadır. Başka bir neden ise; günümüzde çeşitli sebeplerle doğumun kendiliğinden başlaması beklenmeden indüksiyon uygulaması ile doğum başlatılmakta, böylece doğum öncesi hastanede bekleme süresi artmaktadır.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlardan **vajinal muayene sayısı** ortalaması **4,42±2,81**; 50 yaş üstü kadınlardan **vajinal muayene sayısı** ortalaması **3,27±3,30** olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). Çalışmamızın bu sonucu, günümüzde vajinal muayene sayısının daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Günümüzde doğum öncesi hastanede bekleme süresi, indüksiyon ile doğumu başlatma veya tıbbi müdahaleler daha fazladır. Doğumun fizyolojisinde sabır ve sükunet ile beklemek varken, günümüz medikalize doğumlarında, yapılan müdahalelerin etkinliğinin kontrol edilmesi amacıyla çok sık vajinal muayene yapılmakta olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **‘Doğumdan korkuyor musunuz?’** sorusuna **‘evet’** cevabını verenler **%62,2** olarak saptanmıştır. 50 yaş üstü kadınlarda ise; **‘Doğumdan korkuyor musunuz?’** sorusuna **‘evet’** diyenlerin oranı **%39,5’** olarak saptanmış olup

aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.6.). Çalışmamızın bu sonucuna göre, 50 yaş üstü kadınların doğumdan korkma oranı daha azdır. Geçmişte yaşanan gebelik ve doğum süreci, günümüzdekinden çok farklıydı. Zamanla doğum medikalize edildi ve buna paralel olarakta kadınlar doğumdan korktu ve uzaklaştı. Günümüzde doğumu deneyimlemiş olan kadınlarda travmatik bir algı oluşmaktadır. Bu kadınların yakınlarına 'korkutucu doğum hikayelerini' anlatmasıyla, doğumu deneyimlememiş bir kadını dahi doğumdan korkmaktadır. Bu nedenle bu oranların farklılık gösterdiği düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda **'Doğumdan korkma sebebiniz nedir?'** sorusuna verilen cevaplardan, 'doğum ağrısı' %43,7; 'bebeğin zarar görmesi' %31,0; 'yırtık-dikiş olması' %29,8; 'korkutucu doğum hikayeleri' %22,4; 'ölme düşüncesi' %19,2; 'sağlık personelinin olumsuz davranışı' %13,6; 'diğer(hastaneden enfeksiyon bulaşacağı düşüncesi)' %1,5 oranında seçilmiştir. 50 yaş üstü kadınlarda ise; **'Doğumdan korkma sebebiniz nedir?'** sorusuna verilen cevaplardan, 'doğum ağrısı' %29,9; 'yırtık-dikiş olması' %15,7; 'bebeğin zarar görmesi' %13,9; 'ölme düşüncesi' %13,9; 'korkutucu doğum hikayeleri' %9,3; 'sağlık personelinin olumsuz davranışı' %8,3; 'diğer(hastaneden enfeksiyon bulaşacağı düşüncesi)' %0,5 oranında seçilmiştir (Tablo 4.6.). Çalışmamızın bu sonucu, iki grup kadının doğumdan korkma sebeplerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **'Doğumda hangi uygulamalar yapıldı?'** sorusuna verilen cevaplardan, 'epizyotomi' %34,2; 'suni sancı' %32,7; 'lavman' %22,1; 'fundusa baskı' %20,9; 'amniyotomi' %14,7; 'idrar sondası' %5,3; 'perine traşı' %1,8; 'vakum' %1,2; 'epidural anestezi' %0,9 oranında seçilmiştir. 50 yaş üstü kadınlarda ise; **'Doğumda hangi uygulamalar yapıldı?'** sorusuna verilen cevaplardan, 'fundusa baskı' %37,3; 'epizyotomi' %32,8; 'suni sancı' %18,7; 'lavman' %18,4; 'amniyotomi' %5,1; 'vakum' %4,3; 'idrar sondası' %2,1; 'perine traşı' %1,6 oranında seçilmiştir (Tablo 4.7.). Çalışmamızın bu sonucunda, günümüzde oksitosin ve amniyotomi gibi uygulamaların artmış olduğunu göstermektedir. Diğer özellikler açısından iki grup benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **‘Doğumunuzu başkalarına hangi ifadelerle tarif edersiniz?’** sorusuna verilen cevaplardan, ‘ağrılı’ %54,6; ‘zor’ %36,3; ‘kolay’ %18,6; ‘muhteşem’ %18,6; ‘huzurlu’ %18,0; ‘korkunç’ %10,3 oranında seçilmiştir. 50 yaş üstü kadınlarda ise; **‘Doğumunuzu başkalarına hangi ifadelerle tarif edersiniz?’** sorusuna verilen cevaplardan, ‘ağrılı’ %52,5; ‘zor’ %37,6; ‘kolay’ %26,7; ‘huzurlu’ %21,6; ‘muhteşem’ %10,9; ‘korkunç’ %5,6 oranında seçilmiştir (Tablo 4.8.). Çalışmamızın bu sonucuna göre, her iki grup için doğum ifadeleri benzerlik göstermektedir. Her ne kadar iki grupta doğumu ‘ağrılı’ olarak ifade etsede 50 yaş üstü kadınlar doğumu travmatik olarak algılamamaktadır. Bu da doğumun zamanla el değiştirip, fizyolojisine aykırı davranıldığında kadınların doğumlarını travmatik olarak algıladığını göstermektedir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **‘Doğum size hangi ifadelerle tarif edilmişti?’** sorusuna verilen cevaplardan, ‘zor’ %53,7; ‘ağrılı’ %43,1; ‘korkunç’ %33,9; ‘kolay’ %16,5; ‘huzurlu’ %9,7; ‘muhteşem’ %8,0; ‘tarif edilmedi’ %2,7 oranında seçilmiştir. 50 yaş üstü kadınlarda ise; **‘Doğum size hangi ifadelerle tarif edilmişti?’** sorusuna verilen cevaplardan, ‘zor’ %50,1; ‘ağrılı’ %46,1; ‘korkunç’ %19,7; ‘kolay’ %17,6; ‘huzurlu’ %11,7; ‘muhteşem’ %5,1; ‘tarif edilmedi’ %12,0 oranında seçilmiştir (Tablo 4.9.). Çalışmamızın bu sonucunda, 50 yaş üstü kadınlara doğumun tarif edilmeme oranı daha yüksek olsada, diğer sonuçlar her iki grup için benzerlik göstermektedir.

5.2. Son Bir Yıl İçinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Travmatik Doğum Algısı Sıklığı ve Etki Eden Faktörlerin Tartışılması

Yapmış olduğumuz çalışmada son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların sosyo-demografik özelliklerin travmatik doğum algısı ölçek puanlarını etkileme durumuna bakıldığında; medeni durum, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, büyüme yeri ölçek puanını etkilemediği bulunmuştur (her biri için $p>0,05$). 50 yaş üstü kadınların sosyo-demografik özelliklerinin travmatik

doğum algısı ölçek puanlarını etkileme durumuna bakıldığında ise; medeni durum, eşin çalışma durumu, toplam gelir durumu, büyüdüğü yer ölçek puanını etkilemediği bulunmuştur (her biri için $p>0,05$) (Tablo 4.12.).

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ve 50 yaş üstü kadınlar için; **yaşın artmasıyla birlikte travmatik doğum algısı ölçek puanının düştüğü görülmektedir** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.16.). Doğum memnuniyeti ile ilgili yapılan bir çalışmada yaşın düşmesiyle birlikte memnuniyetinde azaldığı bulunmuştur (Uysal, 2017). Çıtak Bilgin ve ark. yaptığı çalışmada yaş faktörünün etkili olmadığı bulunmuştur (Çıtak Bilgin vd, 2018). Yılmaz çalışmasında yaşın artmasıyla WDBDÖ (Wijma Doğum Beklentisi ve Deneyimi Ölçeği)-A ölçek puanı düşmüştür (Yılmaz, 2017). Literatürde doğurganlık çağındaki kadınların doğum algıları karşılaştırılmış olup, çalışma sonuçları yaşın ilerlemesiyle travmatik doğum algısının düştüğü yönündedir. Yaptığımız çalışmada yaşın ilerlemesiyle travmatik doğum algısının düşme sebebi, çalışmamızda da ortaya çıkan bir sonuca bağlanabilir. Normal doğum oranının yüksek olması, doğumların evde de yapılabilmesi ve doğumları ebelerin daha fazla yönetebilmesi travmatik doğum algısını düşürmektedir. Doğumların her geçen gün 'doğal'lığından uzaklaştırılıp 'tıbbi'leştirilmesi kadınların da her geçen gün biraz daha travmatik doğum algısını yükseltmekte olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ve 50 yaş üstü kadınlar için; **öğrenim durumunun artmasıyla travmatik doğum algısı ölçek puanının düştüğü görülmektedir** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.12.). Bir çalışmada, öğrenim durumunun yükselmesiyle doğumdan duyulan memnuniyetin arttığı bulunmuştur (Uysal, 2017). Bir başka çalışmada yükseköğrenim görmüş gebelerin anksiyete puanı daha düşük bulunmuştur (Onrat, 2018). Çıtak Bilgin ve ark. yaptığı çalışmada öğrenim durumunun doğum memnuniyetinde etkili olmadığı bulunmuştur (Çıtak Bilgin vd., 2018). Öğrenim durumunun etkili olup olmadığı konusunda çelişkili literatür sonuçları mevcuttur.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ve 50 yaş üstü kadınlar için; **çalışmayan grupta, çalışan gruba göre travmatik**

doğum algısı ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.12.). Çalışma durumu ile ilgili çelişkili literatür sonuçları mevcuttur. Bir çalışmada, çalışan kadınların anksiyete puanı daha düşük bulunmuştur (Onrat, 2018). Çıtak Bilgin ve ark. yaptığı çalışmada çalışan kadınların memnuniyeti daha düşük bulunmuştur (Çıtak Bilgin vd., 2018). Yılmaz'ın çalışmasında çalışan kadınların WDBDÖ-A puanı daha düşüktür (Yılmaz, 2017). Çalışan kadınların travmatik doğum algısı puanının daha düşük olması; çalışan kadınların eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülürse, doğumla ilgili eğitim alma, daha yüksek farkındalık düzeyi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılan 50 yaş üstü kadınlarda **toplam gelir durumu TDAÖ** puanını etkilemezken ($p>0,05$), son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **toplam gelirin düşük olduğu grupta, toplam gelirin yüksek olduğu gruba göre, travmatik doğum algısı ölçek puanı yüksek bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.12.). Çıtak Bilgin ve ark. yaptığı çalışmada gelir durumu iyi olan katılımcıların doğum memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur(Çıtak Bilgin vd., 2018). Başka bir çalışmada yine gelir durumu iyi olanların memnuniyet düzeyleri yüksek bulunmuştur (Uysal, 2017). Yılmaz'ın çalışmasında gelirin artmasıyla WDBDÖ-A puanı düşmüştür (Yılmaz, 2017). Çalışmamızın bu sonucu literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda **sosyal güvence TDAÖ** puanını etkilemezken ($p>0,05$), 50 yaş üstü kadınlarda; **sosyal güvencesi SSK ve Bağ-kur olanların, emekli sandığı olanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.12.). Sosyal güvencesi SSK ve Bağ-kur olanlar genellikle işçiler ya da kendi işinde çalışan esnaflardır. Sosyal güvencesi emekli sandığı olanlar ise genellikle memur olanlardır. Memuriyet için genel olarak öğrenim düzeyi gerekmede ve işe alımdan sonra iş garantisi olarak görülmektedir. Bunlar kadınların anksiyetesi, gebeliği ve doğumu algılaması üzerinde etkili olan durumlardır. Bu nedenle, sosyal güvencesi emekli sandığı olan kadınların doğumu travmatik algılama düzeyinin düşük olduğu düşünülebilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların obstetrik özelliklerin travmatik doğum algısı ölçek puanlarını etkileme durumuna bakıldığında; gebelik sayısının artması, doğum sayısının artması, düşük sayısının artması ve yaşayan çocuk sayısının artmasıyla ölçek puanlarının azaldığı görülmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (her biri için; $p>0,05$). 50 yaş üstü kadınlarda obstetrik özelliklerin travmatik doğum algısı ölçek puanını etkileme durumuna bakıldığında ise; ilk gebelik yaşı, gebelik ve doğum sayısı, düşük ve küretaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (her biri için; $p>0,05$) (Tablo 4.13.).

Çalışmamıza katılan 50 yaş üstü kadınlarda **ilk gebelik yaşı** TDAÖ puanını etkilemezken ($p>0,05$), son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **ilk gebelik yaşının artmasıyla travmatik doğum algısı ölçek puanının düştüğü bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.16.). İlk gebelik yaşının artmasıyla, kişinin hem fizyolojik hemde duygusal olarak gelişmesine zaman tanınmış olmaktadır. Kişinin vücudu gebeliğe ve doğuma tam olarak hazır olmakta, hemde duygusal olarak bu süreçleri kolay geçirebilmektedir. İlk gebelik yaşının artmasıyla travmatik doğum algısının düşmesi bu nedenle olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan 50 yaş üstü kadınlarda **küretaj sayısı** TDAÖ puanını etkilemezken ($p>0,05$), son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **küretaj sayısının artmasıyla travmatik doğum algısı puanının düştüğü bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.13.). Birçok çalışmada küretaj sayısının doğum algısı, anksiyete ve ya korku üzerine etkili olmadığı ortaya koyulmuştur. Literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur.

Yapmış olduğumuz çalışmada son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların doğumlarına ilişkin özelliklerin travmatik doğum algısı ölçek puanlarını etkileme durumuna bakıldığında; doğum öncesi kontrole gitmiş olma ve kontrol sayısı, doğumun kaç saat sürdüğü, doğum eylemi sırasında yürümeye veya alternatif pozisyon almaya izin verilme durumu ve doğumun gidişatı hakkında bilgilendirilme durumunun ölçek puanını etkilemediği bulunmuştur (her biri için $p >0,05$). Gebeliği planlı olan, doğum öncesi kontrole gitmeyen, doğumunu

özel hastanede yapmak isteyen, doğumu ebe tarafından yaptırılan, doğumunda ebe nin olmasından memnun olan/isteyenler, doğum eylemi boyunca ağızdan beslenmiş olan, mahremiyeti korunmuş olan ve sağlık personeli tarafından psikolojik destek almış olanların travmatik doğum algısı ölçek puanı daha düşük bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir (her biri için; $p>0,05$). 50 yaş üstü kadınların doğumlarına ilişkin özelliklerin travmatik doğum algısı ölçek puanlarını etkileme durumuna bakıldığında ise; gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi kontrol sayısı, doğumun nerede yapılmak istendiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (her biri için; $p>0,05$). Doğumun özel hastanede yapan, doğumda ebe olmasını isteyen/memnun olan, doğum sürecinde yürüme/alternatif pozisyon alan, mahremiyeti korunmuş olan ve doğumun gidişatı hakkında bilgilendirilmiş olan kadınların travmatik doğum algısı ölçek puanını daha düşük bulunsada istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14.).

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ve 50 yaş üstü kadınların; **doğumu sezaryenle gerçekleşmiş olanların, normal doğum yapmış olanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bir çalışmada normal doğum yapanların sezaryen olanlara göre Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) puanı daha yüksek bulunmuş olup; Kurt Can'ın çalışmasında da aynı sonuçlar elde edilmiştir (Pınar vd., 2009; Kurt Can, 2018). Hür ve Demirci'nin çalışmasında ve Kızılkaya'nın çalışmasında normal doğum yapmış kadınların sezaryen olanlara göre Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) puanı daha yüksektir (Hür ve Demirci, 2017; Kızılkaya, 2013). Bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Uysal, 2017). Özkan ve Bal'ın yaptığı çalışmada normal doğum yapmış annelerin doğum sonu memnuniyetlerinin daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur (Özkan ve Bal, 2019). Sezaryen ile doğumda, her ne kadar anestezi teknikleri gelişmiş olsada, kadına bıraktığı yan etkiler, bebeğiyle hemen temas kuramama, emzirmeye erken başlayamama, sezaryen yerinin ağrması, geç mobilizasyon gibi nedenlerle doğum sonrası konforunun düşük olması kadında travmatik bir etki bırakmaktadır. Normal doğum sırasında

bebeğinin doğumuna şahitlik etmek ve doğar doğmaz kucağına alabilme ve emzirebilme şansının olması, doğum sonu erken mobilizasyon gibi sebeplerle normal doğum kadınlarda daha olumlu etki bırakmaktadır.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda **doğumunu yaptıran kişi** TDAÖ puanını etkilemezken ($p>0,05$), 50 yaş üstü kadınlarda; **doğumunu ebe yaptırmış olanların, doktor yaptırmış olanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha düşük bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bir çalışmada gebelik izlemleri ebe tarafından yapılan kadınların, doktor tarafından yapılanlara göre travmatik doğum algısı düşüktür (Bay, 2019). Uysal çalışmasında doğumu ebe tarafından yaptırılan kadınların, doktor tarafından yaptırılan kadınlara göre memnuniyet düzeyinin fazla olduğunu bulmuştur (Uysal, 2017). Kanada'da yapılan bir çalışmada 83 bin doğum karşılaştırılmış, jinekolog ve ebelerin yaptırdığı doğumların sonuçları ele alınmıştır. Ebe tarafından yaptırılmış doğumlar epizyotomi, epidural kullanımı, yenidoğan resüsitasyonu, yenidoğan yoğun bakım kabulü, enstrümental vajinal doğum ve sezaryen doğum gibi daha düşük müdahale oranlarına sahiptir. Ebelik bakımı daha yüksek emzirme oranları ve daha düşük perinatal mortalite oranları ile ilişkilidir (Thiessen, et al., 2016). Bu durumlar, kadınların doğumu pozitif algılamasında etkili olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan 50 yaş üstü kadınlarda **doğum yapılan yer** TDAÖ puanını etkilemezken ($p>0,05$), son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **doğumunu özel hastanede yapmış olanların, devlet hastanesinde yapmış olanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha düşük bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bay'ın yaptığı çalışmada travmatik doğum algısının en düşük olduğu doğum yeri 'ev' daha sonra 'özel hastane'dir (Bay, 2019). Özel hastanelerde bulunan 'doğum paketleri', 'otelcilik hizmeti' gibi kavramlar, doğum esnasında yanında destek alabilecek birini bulundurabilmesi, kadınların kendisini daha rahat hissetmesine sebep olduğu öne sürülebilir (Şantaş ve Şantaş, 2017).

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda **doğum öncesi kontrole gitme** TDAÖ puanını etkilemezken ($p>0,05$), 50 yaş üstü kadınlarda; **doğum öncesi kontrole gitmeyenlerin gidenlere göre**

travmatik doğum algısı ölçek puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.14.). Günümüzde doğum öncesi kontrole gerekli sayıda gitmeye özen gösterilmekte, kadınlar gebelikleri riskli olmasada rutin kontrollere gitmektedir. 20-30 yıl öncesinde durum günümüzde ki gibi değildi. Kadınlar, gebeliklerinde herhangi bir risk yoksa doğum öncesi kontrole gitmezdi; üstelik köyde yaşama, araç olmaması, yakında doktor bulunmaması gibi nedenlerle doğum öncesi kontroller bu kadar sık değildi. Eskiden doğum öncesi kontrollere kadınlar gebelikleri riskli ise giderdi. Bu nedenle gebeliği riskli olup doğum öncesi kontrole giden kadınların doğumlarını travmatik algıladıkları söylenebilir.

Çalışmamıza katılan bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların; **doğumunda herhangi bir problem olanların, olmayanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bir çalışmada doğum anında problem yaşamış olanların yaşamamış olanlara göre doğumdan duyulan memnuniyeti daha azdır (Akçay Yaldır, 2016). Doğum anında problemle karşılaşmak kişinin hormonal döngüsünü etkileyeceği için, anksiyete ve stresle birlikte doğum eylemi sekteye uğrayabilir. Bu da kadınların doğumlarını daha olumsuz ve travmatik hatırlamalarına sebep olabilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların; **doğum şeklinden memnun olanların memnun olmayanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha düşük bulunmuştur** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.14.). Hür ve Demirci'nin çalışmasında doğum şeklinden memnun kalanların, kalmayanlara göre yaşam kalitesi ölçek puanı arasında fark bulunmamıştır (Hür ve Demirci, 2017). Kadınlar genelde beklentilerini karşılayabilecek doğum şeklini seçmek istemektedir. Kadınların deneyimlediği doğum şekli, ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermediği durumlarda, doğum anı olumsuz hatırlanabilmektedir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınlar için; **'doğumdan korkuyor musunuz?' sorusuna 'evet' cevabı verenlerin, 'hayır' cevabı verenlere göre travmatik doğum**

algısı ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bay yaptığı çalışmada doğumda korku düzeyi düşük olanların travmatik doğum algısında düşük olduğunu bulmuştur (Bay, 2019). Kadınların doğumdan korkması, doğumu gerçekleştirecek olan hormonların salgılanmasının önünde engel teşkil etmektedir. Korku yaşayan kadınlar daha fazla ağrı yaşamakta, doğum süreleri uzamaktadır. Bu durumlar doğumun travmatik algılanmasına yol açabilmektedir.

Çalışmamıza katılan 50 yaş üstü kadınlarda **doğum sırasında yanında destek olacak birinin bulunması** TDAÖ puanını etkilemezken ($p>0,05$), son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **doğum eylemi sırasında yanında destek olacak biri olanların, olmayanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı düşük bulunmuştur** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.14.). Yılmaz'ın çalışmasında doğumda sosyal destek isteyenlerin WBDÖ-B puanı daha yüksektir (Yılmaz, 2017). Tokat yaptığı çalışmada doğumda destek almış olanların doğum ağrısı algısını ve doğum süresini olumlu etkilediğini bulmuştur (Tokat, 2019). Doğum eyleminde sosyal destek ihtiyacı giderilmiş kadınların, doğumları pozitif algılamasıyla travmatik doğum algısının düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınlarda; **doğum öncesi hastanede bekleme süresinin artmasıyla travmatik doğum algısı ölçek puanı da artış göstermektedir** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.16.). Doğum öncesi hastanede bekleme süresinin artmasıyla, kadınlara yapılan müdahale oranları da artmaktadır. Müdahalenin artmasıyla kadınların doğumu travmatik algılamakta olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda; **sürekli EFM yapılmış olanların, yapılmamış olanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı yüksek bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bir çalışmada sürekli EFM yapılanların doğum memnuniyetleri, aralıklı EFM yapılanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Akçay, Yaldır, 2016). Sürekli EFM uygulanan kadınların hareket özgürlüğü elinden alınmış olmakta, kadınları yatağa bağımlı hale getirmektedir. Doğum sürecinde kasılmaları

karşılayabilmek için içgüdüsel olarak alınacak pozisyonlar, yapılacak hareketler, sürekli EFM ile engellenmektedir. Bu kısıtlama kadın için travmatik bir etki yaratmaktadır.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınlarda; **vajinal muayene sayısı arttıkça travmatik doğum algısı ölçek puanında yükselmektedir** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.16.). Bir çalışmada vajinal muayene sayısının artmasıyla doğumdan duyulan memnuniyetin azaldığı bulunmuştur (Akçay Yaldır, 2016). DSÖ vajinal muayene ortalamasını 4 saatte bir önermektedir (Yıldız, 2019). Vajinal muayene gibi uygulamalar kadınlar için stres nedeni olmuştur. Kadın tekrar muanede edileceğini düşündükçe stress yaşamakta ve stres-ağrı döngüsü başlatılmaktadır. Kadınların vajinal muayene sayısının artmasıyla travmatik doğum algısı puanının artmasının bu strese bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan son bir içinde doğum yapmış kadınlarda **doğum süresinin uzaması TDAÖ puanını etkilemezken** ($p>0,05$), 50 yaş üstü kadınlarda; **doğum süresinin uzamasıyla travmatik doğum algısı ölçek puanının yükseldiği bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.14). Bir çalışmada travayın uzamasıyla doğumdan duyulan memnuniyetin azaldığı bulunmuştur (Akçay Yaldır, 2016). Doğum süresinin uzaması ile birlikte yapılan müdahalelerde doğru orantıda artış göstermektedir. Daha uzun sürede kontraksiyonlarla başetmeye çalışmak ve müdahalelere maruz kalmak kadınlarda travmatik doğum algısını arttırmaktadır..

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınlar için; **doğumdan itibaren bebeğiyle hemen temas etmiş olanların, daha sonra temas edenlere göre travmatik doğum algısı daha düşük bulunmuştur** (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bir çalışmaya göre; bebeğiyle daha erken temas sağlanmış olan kadınlar bebeklerini pozitif algılamışlardır (Çakır ve Alparslan, 2018). Başka bir çalışmada ten tene temas sağlamanın emzirme üzerine olumlu etkisi olduğu ortaya koyulmuştur (Şimşek ve Karahan, 2017). Emzirmenin erken başlaması ve bebeğini pozitif algılama kadınlar için pozitif bir doğum deneyimidir. Bu nedenle bu kadınların doğumu travmatik algılama düzeyleri daha düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda **doğum sürecinde oral beslenme TDAÖ** puanını etkilemezken ($p>0,05$), 50 yaş üstü kadınlarda; **doğum sürecinde oral beslenmiş olanların, oral alımı kısıtlanmış kadınlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha düşük bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.14.). DSÖ pozitif bir doğum deneyimi için; oral sıvı ve gıda alımını önermektedir (Yıldız, 2019). İran'da yapılmış randomize kontrollü bir çalışmada oral karbonhidrat alımının doğumun 2. evresini kısalttığı bulunmuştur (Rahmani et al., 2012). Oral alımı kısıtlanmamış kadınların doğum eylemi sırasında enerjileri daha yüksek olduğu, bununda doğum algısını olumlu etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda **sağlık personeli tarafından psikolojik destek alma TDAÖ** puanını etkilemezken ($p>0,05$), 50 yaş üstü kadınlarda; **sağlık personeli tarafından psikolojik destek almış olanların, psikolojik destek almayanlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha düşük bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.14.). Sağlık personeli tarafından etkili bir iletişimle destek sağlanmasının, annenin doğum memnuniyetinden, bebeğine bağlanmasına kadar etkili olduğu ortaya konmaktadır (Chang et al., 2018). Psikolojik destek ile sağlık bakımı almış kadınların, memnuniyetinin artmasından dolayı travmatik doğum algısının düşük olduğu söylenebilir.

5.3. Son Bir Yıl İçinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Travmatik Doğum Algılarının Karşılaştırılması

Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların travmatik doğum algısı ölçek puan ortalaması 64,57 (orta) bulunmuş olup, 50 yaş üstü kadınların travmatik doğum algısı ölçek puan ortalaması 41,79 (düşük) olarak saptanmıştır. Buna göre **son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların travmatik doğum algısı anlamlı şekilde daha yüksektir** ($p<0,05$) (Tablo 4.11.). Bu farklılığa neden olan bir çok faktör vardır. Bunlar arasında sezaryen oranlarının artması, doğumların doktorlar tarafından yaptırılması, 'normal' doğumlarda 'tıbbi' müdahalelerin artması, kadınların litotomi pozisyonunda doğum yapması, bu faktörlerden bazılarıdır. Aynı

zamanda son 30 yılda teknolojinin gelişmesi, hareketsiz yaşam tarzı, kadınlarında masa başı gibi işlerde daha fazla çalışıyor olmasıyla giderek değişim gösteren pelvis yapısı ile doğum bir 'savaş' halini almıştır (Bayırlı, 2019). Bunca değişimin kadınların travmatik doğum algısını arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınlarda; travmatik doğum algısı ölçek puan düzeyi çok düşük (%83,3) ve düşük olanların çoğunluğu (%60,1) 50 yaş üstü kadın grubunda iken; orta (%63,0), yüksek (%66,7) ve çok yüksek olanların çoğunluğu (%88,5) son bir yıl içinde doğum yapmış kadın grubundadır. **İki grup arasında; travmatik doğum algısı ölçek puan düzeyi arasında ki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur** ($p<0,05$) (Tablo 4.17.). 20. yüzyılda tıbbın ilerlemesi, hastanelerin çoğalmasıyla annenin doğayla, kendi sosyal çevresiyle, kültürüyle ilişkisi kesilip, doğumlar hastaneye ve doktor kontrolüne geçirilmiştir (Bayırlı, 2019). Bu şekilde medikalize olan doğumlar kadınlarda travmaya sebep olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan **normal doğum yapmış kadınlarda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, 50 yaş üstü kadınlara göre travmatik doğum algısı anlamlı şekilde daha yüksektir** ($p<0,05$) (Tablo 4.15.). Bu farklılığın nedeni; son 30 yılda 'normal' doğumların dahi çokta normal olmaması, epizyotomi, oksitosin gibi 'tıbbi' müdahalelerin oldukça fazlalaşması ve rutin haline gelmesi, kadınların doğumlarda yalnızlaştırılması, ev doğumlarının azalması doğumların hastane ortamına taşınması gibi durumlar ortaya çıkmıştır. Ev doğumlarının; daha az vajinal muayene, hareket özgürlüğü, geç kord klempi gibi avantajları günümüz hastane doğumlarında bulunmamaktadır (Rossi & Prefumo, 2018). Bu durum, günümüz normal doğumlarının önceki normal doğumlara göre travmatik doğum algısının yüksek olmasının sebebi olarak düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan **sezaryen olmuş kadınlarda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, 50 yaş üstü kadınlara göre travmatik doğum algısı anlamlı şekilde daha yüksektir** ($p<0,05$) (Tablo 4.15.). Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, eğitim düzeyleri 50 yaş üstü kadınlara göre daha yüksektir. Eğitim durumunun artmasıyla bu grubun beklentileri de

yükselmektedir. 30 yıl önce sezaryen olmuş kadınların beklentileri günümüz kadınlarına göre daha düşüktü. Son zamanlarda popüler olan hasta hakları, hastanelerin 'otercilik hizmeti' vermesi, en iyi bakımı alma isteğinin artmasıyla, kadınlarda farkındalık artmaktadır. Farkındalığın ve beklentinin artmasıyla günümüz doğumlarında bakımdan memnun kalma oranının gittikçe azalmakta olduğu düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

- Katılımcılar; Kütahya il merkezinde ikamet eden, son bir yıl içerisinde doğum yapmış 339 kadın ve 50 yaş üstü 375 kadın olup, çalışma grubumuzu toplamda 714 kişi oluşturdu.
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınların yaş ortalaması $28,86 \pm 4,92$ (min. 18-max.42) olarak bulunmuş olup; 50 yaş üstü kadınların yaş ortalaması $57,93 \pm 7,49$ (min.50-max.87) olarak bulundu.
- Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların travmatik doğum algısı ölçek puan ortalaması 64,57 (orta) bulunmuş olup, 50 yaş üstü kadınların travmatik doğum algısı ölçek puan ortalaması 41,79 (düşük) olarak saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).
- Çalışmamıza katılan normal doğum yapmış kadınlarda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, 50 yaş üstü kadınlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı ortalaması anlamlı şekilde daha yüksekti ($p < 0,05$).
- Çalışmamıza katılan sezaryen olmuş kadınlarda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, 50 yaş üstü kadınlara göre travmatik doğum algısı ölçek puanı ortalaması anlamlı şekilde daha yüksekti ($p < 0,05$).
- Her iki grupta da doğumu sezaryenle gerçekleştirmiş olanların TDAÖ puanı daha yüksek bulundu (her biri için $p < 0.05$).
- Her iki grupta da yaşın ilerlemesiyle TDAÖ puanı anlamlı şekilde düşüktür (her biri için $p < 0.05$).
- Her iki grupta da öğrenim düzeyinin artmasıyla TDAÖ puanı anlamlı şekilde düşüktür (her biri için $p < 0.05$).
- Her iki grupta da çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha düşüktür (her biri için $p < 0.05$).
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda; toplam gelirin düşük olmasıyla TDAÖ puanı anlamlı şekilde düşük bulunurken ($p < 0.05$), 50 yaş üstü kadın grubunda TDAÖ puanını etkilemedi ($p > 0,05$).

- 50 yaş üstü kadın grubunda sağlık güvencesi SSK olanların TDAÖ puanı anlamlı şekilde düşük bulunurken ($p<0.05$), son bir yıl içinde doğum yapmış kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda ilk gebelik yaşının artmasıyla TDAÖ puanı anlamlı şekilde düşük iken ($p<0.05$), 50 yaş üstü kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda küretaj sayısının artmasıyla TDAÖ puanı anlamlı şekilde düşük iken ($p<0.05$), 50 yaş üstü kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda doğumu özel hastanede gerçekleştirenlerin TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha düşük iken ($p<0.05$), 50 yaş üstü kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- Her iki grupta da doğumda problem gelişmiş olanların TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha yüksekti (her biri için $p<0.05$).
- 50 yaş üstü kadın grubunda doğumunu ebe yaptıranların TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha düşük bulunurken ($p<0.05$), son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- 50 yaş üstü kadın grubunda doğum öncesi kontrole gitmeyenlerin TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha düşük iken ($p<0.05$), Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- Her iki grupta da doğum şeklinden memnun kalanların TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha düşüktü (her biri için $p<0.05$).
- Her iki grupta da ‘Doğumdan korkuyor musunuz?’ sorusuna ‘evet’ cevabını verenlerin TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha yüksekti (her biri için $p<0.05$).
- Her iki grupta da doğumdan önce hastanede bekleme süresinin artmasıyla TDAÖ puanı anlamlı şekilde yükseldi (her biri için $p<0,05$).
- Her iki grupta da doğum eylemi sırasında yanında destek olacak biri olanların TDAÖ puanı anlamlı şekilde düşük bulundu (her biri için $p<0,05$).

- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda sürekli EFM yapılmış olanların, aralıklı EFM yapılmış olanlara göre TDAÖ puanı anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.05$),
- Her iki grupta da vajinal muayene sayısı arttıkça TDAÖ puanı anlamlı şekilde yükseldi (her biri için $p<0.05$).
- 50 yaş üstü kadın grubunda; doğum süresinin uzamasıyla TDAÖ puanı anlamlı şekilde yükselirken ($p<0,05$), son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- 50 yaş üstü kadın grubunda doğum sürecinde oral beslenmiş olanların TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha düşük bulunurken ($p<0.05$), son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- 50 yaş üstü kadın grubunda sağlık personeli tarafından psikolojik destek almış olanların TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha düşük bulunurken ($p<0.05$), son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda puanı etkilemedi ($p>0.05$).
- Her iki grupta da doğumdan itibaren bebeğiyle hemen temas etmiş olanların TDAÖ puanı daha düşüktü ($p<0.05$).
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda normal doğum oranı %49,6 iken, 50 yaş üstü kadın grubunda %92 bulundu.
- Son 1 yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda doğumu %0,9 oranında evde gerçekleşirken, 50 yaş üstü kadın grubunda %31,7 oranında gerçekleşti.
- Araştırmamıza katılan son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların doğumlarını %64,8 oranında doktor yaptıırken; 50 yaş üstü kadınların doğumlarını %51,7 oranında ebe ve %27,7 oranında köy ebesi yaptırdı.
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda ‘Doğumdan korkuyor musunuz?’ sorusuna evet cevabını verenlerin oranı %62,2; 50 yaş üstü kadın grubunda ise %39,5’di.
- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadın grubunda ‘Doğumdan korkma sebebiniz nedir?’ sorusuna en yüksek oranda verilen cevap

(%43,7) ve 50 yaş üstü kadın grubunda en yüksek oranda verilen cevap (%29,9) 'doğum ağrısı' oldu.

- Her iki grupta da TDAÖ ortalaması en büyük olan ifadeler; "Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız" , "Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız" , "Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır" ifadeleri oldu.

Öneriler;

Son 30 yılda hızla değişim gösteren doğum olayı kadınlarda her geçen gün travmatik izler bırakmaktadır. Travmatik doğum algısının yüksek olduğu günümüz doğumlarını, travmatik doğum algısının düşük olduğu eski zamanlarda ki doğumlara yani normale döndürmek için çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre öneriler;

- Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların TDAÖ puan ortalaması 64,57 (orta), eskiden doğum yapmış 50 yaş üstü kadınların TDAÖ puan ortalaması ise 41,79 (düşük) olarak bulunmuştur. Aynı zamanda iki grupta da yaşın ilerlemesiyle TDAÖ puanı düşmektedir. Bu sonuca göre; kadınlarda zaman geçtikçe, yeni doğumları travmatik algılama oranı da artmaktadır. Bu nedenle doğumlar önce ki gibi özüne döndürülmelidir.

- Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların normal doğum oranı %49,56 iken, bu oran 50 yaş üstü kadınlarda DSÖ'nün önerdiği sınırlar içerisinde olan %92 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sezaryen olanların TDAÖ puanı anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; doğumlar eskiden olduğu gibi obstetrik bir sorun olmadığı sürece DSÖ'nün önerdiği sezaryen sınırında tutulmaya özen gösterilmelidir.

- Çalışmamızda, son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda doğum sırasında yapılan rutin müdahale oranı daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu durum günümüzde rutin hastane prosedürlerinin ön planda olduğunu göstermektedir. Normal doğum oranlarını eskisine

döndürmekte ki en büyük rol kuşkusuz ebelere düşmektedir. Bu nedenle ebelere mesleki otonomi kazandırılmalı, gerekli yasa ve düzenlemeler yapılmalıdır.

- Çalışmamızda iki gruptaki kadınlarda da doğumda yapılan müdahalenin artması, hastanede kalış süresi, vajinal muayene sayısının artması gibi faktörler TDAÖ puanını yükseltmektedir. Bu sonuca göre; gebeliğe ve doğuma, müdahale gerektirecek medikal bir durum gibi değil, insanlığın varoluşundan beri süregelen hayatın ve cinselliğin doğal sonucu olan ‘doğal bir süreç’ gözüyle bakılmalıdır. Gereksiz rutin tıbbi müdahaleler olabildiğince uygulanmamalıdır. Bu konuda kadın doğum doktorları, ebeler, gebe ve ailesi bilgilendirilmelidir.

- Çalışmamızda ‘doğumdan korkma sebebiniz nedir?’ sorusuna iki grup da en yüksek oranda ‘doğum ağrısı’ni seçmiştir. Doğumdan korkanların TDAÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre; ebelerin, doğumlarda kadının ağrısını azaltacak ve onları rahatlatacak uygulamaları yapmasının önü açılmalıdır. Ebeler bu konularda kanıta dayalı uygulamalar kapsamında hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmelidir.

- Çalışmamızda, 50 yaş üstü kadın grubunda doğumunu ebe veya köy ebeleri yaptıranlar %79,4 iken, son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların doğumlarını %64,8 oranında doktor yaptırmıştır. 50 yaş üstü kadınlarda doğumunu ebe veya köy ebeleri yaptıranların TDAÖ puanı daha düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre; doğumun merkezine eskiden olduğu gibi ebeler yerleştirilmelidir. Gebelik ve doğum sürecinde kadınlara sürekli ebe desteği ve her gebeye iki ebenin bakım vermesi sağlanmalıdır.

- Çalışmamızda, son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların evde doğum oranı %0,9 iken, 50 yaş üstü kadınların evde doğum oranı %31,7’dir. Bu sonuca göre; son 30 yılda değişim gösteren en önemli unsurlardan biri de doğumun evlerden hastanelere kaymasıdır. Evde doğum yaptırabilecek, serbest çalışan ebelerin önü açılmalı, riskli olmayan gebeler için profesyonel sağlık hizmeti sunulması güvenli evde doğumlar desteklenmelidir. Evde doğumun gerçekleşmeyeceği

durumlarda ise ev konforunda hastane odaları oluşturulmalı, doğumun fizyolojisine uygun olarak ışık, ses, mahremiyet, oral beslenme gibi olgular düzenlenmelidir.

- Çalışmamızda toplam gelir durumu düşük olan; öğrenim düzeyi düşük olan; çalışmayan ve sosyal güvencesi olmayan kadınların TDAÖ puanı yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre; kadınların sosyo-ekonomik durumunun iyileştirilmesi için özellikle birinci basamaktaki ebeler tarafından tespit edilmesi ve gerekli desteğin sağlanması gerekmektedir.

- Çalışmamızda, son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda ilk gebelik yaşının artmasıyla TDAÖ puanı düşmektedir. Bu sonuca göre; erken yaşta gebeliklerin önlenmesi için toplum bilinçlendirilmeli, gerekli eğitimler verilmelidir.

- Çalışmamızda, iki grupta da doğumunda problem gelişmiş olanların TDAÖ puanı yüksektir. Bu sonuca göre; kadınların gebelik öncesinden başlamak üzere sürekli ebe desteği ile sürekli takip ve fizik muayeneleri yapılmalı, gerekli tetkiklerin sonuçları takip edilerek doğumda gelişebilecek komplikasyonlar olabildiğince azaltılmalıdır.

- Çalışmamızda, her iki grup için de doğum eylemi sırasında yanında destek olacak birisi olanların TDAÖ puanı düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre; kadınların doğumları esnasında yanında olmasını istedikleri bir refakatçiye izin verilmelidir.

- Çalışmamızda, son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda sürekli EFM yapılmış olanların TDAÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre, kadınların sürekli EFM yerine aralıklı oksültasyon ile takibi önerilmektedir.

- Çalışmamızda her iki grup için de, travay sürecini hastanede geçirme süresi arttıkça TDAÖ puanı da yükselmektedir. Bu sonuca göre; kadınların aktif fazdan önce hastaneye yatışlarının yapılmaması önerilmektedir.

- Çalışmamızda, son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda doğum sürecinde ağızdan beslenmiş olanların TDAÖ puanı daha düşüktür. Bu

sonuca göre; doğum sürecindeki kadınların ağızdan beslenmesi obstetrik bir komplikasyon yoksa yasaklanmamalıdır.

- Çalışmamızda, her iki grupta da doğum sonu bebeğiyle hemen temas etmiş olanların TDAÖ puanı düşüktür. Bu sonuca göre; doğum sonu anne ve bebek hemen temas ettirilmeli, yeterince ten tene temas sağlanmalıdır.

- Çalışmamızda, 50 yaş üstü kadınlarda sağlık personelinin psikolojik destek alanların TDAÖ puanı daha düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre tüm sağlık profesyonelleri kişiler arası iletişim, hasta hakları ve mahremiyet gibi konularda gerekli hassasiyeti göstermelidir.

- Özellikle birinci basamakta çalışan ebeler, gebelik öncesi ve gebelik sırasında travmatik doğum algısı yüksek olan kadınları erken tespit etmeli ve bu kadınları desteklemelidir.

- Travmatik bir doğum süreci geçiren kadınlar ebeler tarafından tespit edilip, post-travmatik stres bozukluğu belirtileri açısından dikkatle izlenmelidir.

- Eski doğumlarla günümüz doğumlarının karşılaştırılması, kadınlardaki ve sağlık sistemindeki farklılıkların ortaya çıkarılması, bu farklılaşmanın bize neler sunduğunun ortaya koyulması için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda literatür desteklenmelidir. Gerek tanımlayıcı çalışmalarla gerekse nitel çalışmalarla eski doğumların ve kadınların özelliklerinin derinlemesine araştırılması önerilmektedir.

Araştırma sorularımızın cevapları aşağıda yer almaktadır.

1. Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınların travmatik doğum algıları farklı mıdır?

- Son bir yıl içerisinde doğum yapmış kadınların TDAÖ puanı 64,57 (orta) bulunmuş olup, 50 yaş üstü kadınların TDAÖ puanı 41,79 (düşük) olarak saptanmıştır. (p<0,05)

- Çalışmamıza katılan normal doğum yapmış kadınlarda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, 50 yaş üstü kadınlara göre TDAÖ puanı daha yüksektir. ($p<0,05$)

-Çalışmamıza katılan sezaryen olmuş kadınlarda; son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların, 50 yaş üstü kadınlara göre TDAÖ puanı daha yüksektir. ($p<0,05$)

2. İki grup arasında travmatik doğum algısında değişiklik yaratan faktörler nelerdir?

-Sosyo-demografik özelliklerden; öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence ve büyüyen yer açısından iki grup arasında anlamlı farklılıklar vardır (her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.1.).

-İlk gebelik yaş ortalaması iki grup arasında anlamlı olarak farklı bulunmuştur (her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.2.).

-Obstetrik özelliklerinden; gebelik, doğum, düşük, küretaj ve yaşayan çocuk sayısı açısından iki grup arasında anlamlı farklılıklar vardır (her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.3.).

-Doğum öncesi kontrol sayısı ortalaması, doğum öncesi(travay sürecinde) hastanede bekleme süresi ve vajinal muayene sayıları açısından iki grup arasında anlamlı bulunmuştur (her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.4.).

-Doğuma ilişkin özelliklerden; gebeliğin planlı olma durumu, doğum şekli, doğum öncesi kontrole gitme durumu, doğumun nerede yapıldığı ve yapılmak istendiği, doğumu yaptıran kişi, doğumda ebe olmasını isteme/memnun olma durumu, doğum şeklinden memnun kalma durumu, doğumdan korkma durumu, doğum sürecinde ağızdan beslenmeye ve sosyal desteğe izin verilme durumu, mahremiyetin korunduğunu düşünme durumu, doğumdan sonra bebekle ilk temasın gerçekleştiği zaman, sağlık personeli tarafından psikolojik destek alma ve doğuma yönelik bilgilendirme durumu açısından iki grup arasında anlamlı farklılık vardır (her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.5.).

İki grup arasında anlamlı farklılık gösteren bu durumlar, kadınların travmatik doğum algılarında değişiklik yaratan faktörlerdendir.

3. Kadınların doğumdan korkma durumları farklılık göstermekte midir? Doğumdan korkma durumu travmatik doğum algısını etkilemiş midir?

-Son bir yıl içinde yapmış kadınlarda; 'Doğumdan korkuyor musunuz?' sorusuna 'evet' cevabını verenler %62,2 olarak saptanmıştır. 50 yaş üstü kadınlarda ise; 'Doğumdan korkuyor musunuz?' sorusuna 'evet' diyenlerin oranı %39,5' olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.6.).

- Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü kadınlar için; 'doğumdan korkuyor musunuz?' sorusuna 'evet' cevabı verenlerin, 'hayır' cevabı verenlere göre travmatik doğum algısı ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (Her biri için $p<0,05$) (Tablo 4.14.)

4. Doğumu yaptıran kişi kadınların travmatik doğum algısını etkilemiş midir?

- Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların doğumlarını %64,8 oranında doktor yaptıırken; 50 yaş üstü kadınların doğumlarını %51,7 oranında ebe ve %27,7 oranında köy ebesi yaptırmış olup aradaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 50 yaş üstü kadın grubunda doğumu ebe tarafından gerçekleştirilenlerin TDAÖ puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.).

5. Her iki grup için doğum şekli açısından farklılık var mıdır? Doğum şekline göre doğumu travmatik algılama durumu nasıldır?

- Son bir yıl içinde doğum yapmış kadınların sezaryen doğum oranı %50,4; 50 yaş üstü kadınların normal doğum oranı %92,0 olarak saptanmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.).

- Her iki grupta da doğumu sezaryenle gerçekleşmiş olanların TDAÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. ($p<0,05$)

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Aasheim, V., Nilsen, ABV., Reinar, LM., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
- ACOG. (2009). Oral intake during labor. ACOG Committee Opinion No. 441. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 114: 714.
- ACOG. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 687. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 133(2): e164- e173.
- Ağaçayak, E., Yavuz, M., Tunç, S. Y., Akın, G., Ertuğrul, S., Yıldırım, Z. B., & Gül, T. (2019). Spinal veya genel anestezi ile yapılan elektif sezeryanlar ve anestezi verilmeyen normal doğumların neonatal sonuçlarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(2): 299-305.
- Akarsu, R. H., Tuncay, B., & Alsaç, S. Y. (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 275-279.
- Akça, A., Esmer, AÇ., Özyürek, ES., Aydın, A., Korkmaz, N., Görgen, H., & Akbayır, Ö. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*, 295: 1127–1133. DOI 10.1007/s00404-017-4345-5
- Akgün, Ö. (2016). Annelerin doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- Aktaş, S., Erkek, Z.Y. (2018). Annelerin Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi: Bir Nitel Araştırma Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 111-124.
- Aktaş, S., Pasinlioğlu, T. (2016). Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19: 38-45.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Albayrak, E. (2018). Dr. Odent ve doğal doğuma dair. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 32-33.
- Alfirevic, Z., Gyte, GML., Cuthbert, A., & Devane, D. (2019). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.
- Altıparmak, S. (2014). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Apı, O., Balcın, ME., Ugurel, V., Apı, M., Turan, C., & Unal, O. (2009). The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized controlled trial. Acta Obstetrica et Gynecologica, 88: 320-324. DOI: 10.1080/00016340902730326
- Armağan, N. (2018). Doğum şeklinin kadın sağlığına etkisi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 30-31.
- Asazawa, K., Kato, Y., Yamaguchi, A., & Inoue, A. (2017). The effect of aromatherapy treatment on fatigue and relaxation for mothers during the early puerperal period in Japan: a pilot study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(4), 365.
- Ashbacher, A. (2013). Women's experiences of birth trauma and postpartum mental health. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository web site: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/147
- Atakır, E. A. (2018). Doğumda korku. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 22-23.
- Atasever, İ., Çelik, A. S. (2018). Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1): 60-68.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Attarha, M., Keshavarz, Z., Bakhtiari, M., & Jamilian, M. (2016). The outcome of midwife-mother relationship in delivery room: A qualitative content analysis. *Health, 8*(04), 336.
- Aune, I., Torvik, H.M., Selboe, S.T., Skogas, A.K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth a positive birth experience- Norwegian women's perspectives. *Midwifery, 31*: 721-727.
- Aydın, N. (2018). Kuşaklar arası kadınların doğum algıları ve deneyimlerinin nitel analizi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Aydemir, H., Hazar, H.U. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2): 815-833.
- Ayers, S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth, 34*(3), 253-263.
- Bal, M.D., Yılmaz, S.D. (Ed.) (2017). Ebelere yönelik kapsamlı doğum. Akademisyen Kitabevi. Ankara, ISBN: 978-605-9354-98-1
- Bardacke, N. (2017). Çev: Özge Onan. Farkındalıkla doğum. Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık. ISBN: 978-605-09-4040-4
- Barut, S., Uçar, T. (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11*(2), 107-115.
- Basevi, V., Lavender, T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.pub2.
- Başar, F., Hürata, SŞ. (2018). The effect of pushing techniques on duration of the second labor stage, mother and fetus: a randomized controlled trial. *International J. of Health Services Research and Policy 3*(3): 123-134. doi: 10.23884/ijhsrp.2018.3.3.04

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Başgöl, Ş., Beji, N. K. (2015a). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 32-39.
- Başgöl, Ş., Beji, N.K. (2015b). Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 5(3): 66-71. ISSN: 2146-443X
- Başkaya, Y., Sayiner, F. D. (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları/evidence-based midwifery practices to reduce cesarean rat. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119. DOI: 10.17681/hsp.335472
- Bay, F. (2019). Kadınlarda travmatik doğum algısı ve postpartum depresyon ile ilişkisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir
- Bay, F., Özerdoğan, N. (2018). Doğum eyleminde kullanılan sentetik oksitosinin maternal ve fetal sağlığa etkileri. 1. Uluslararası 2. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, Poster Sunum.
- Bayırlı, R. (2019). Antik çağdan milenyuma doğum felsefesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2: 324-333.
- Bayramoğlu Yüzgenç, R. (2018). Prematür doğum yapmış anneler ile miadında doğum yapmış annelerin depresyon, kaygı ve doğum deneyim düzeylerinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Bayraktar, A. Y. (2018). Kanada’da doğal doğum merkezleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 45: 54-55.
- Bayram, G.O. (2009). Kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda alternatif bir doğum yöntemi: evde doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 99-104.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Begley, CM., Gyte, GML., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, LM. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub5.
- Bernitz, S., Dalbye, R., Zhang, J., Eggebø, T.M., Frøslie, K.F., Olsen, I.C., Blix†, E., & Øian†, P. (2019). The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the labour progression study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 393: 340–348. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31991-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31991-3)
- Bilgiç, D., Demirel, G., & Dağlar, G. (2018). Gebelerin gebelik dönemine ve doğuma ilişkin mitlerinin belirlenmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1): 59-64.
- Bilgiç, Ş. (2017). Hemşirelikte holistik bir uygulama; aromaterapi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(3), 134-141.
- Bohren, MA., Hofmeyr, GJ., Sakala, C., Fukuzawa, RK., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Brunt, I. (2005). Normal birth. *The Permanente Journal/ Winter* 9(1): 96-98.
- Bugg, GJ., Siddiqui, F., & Thornton, JG. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Art. No.: CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.pub3.
- Bülbül, G. (2018). Doğal doğum. Hayykitap, 4. Baskı İstanbul. ISBN: 978-605-9841-37-5
- Candan, M., Bilgili, N. (2018). Hemşire ve ebelerin hasta mahremiyetine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 34-43.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Chang, Y.S., Coxon, K., Portela, A.G., Furuta, M., & Bick, D. (2018). Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed-methods systematic review. *Midwifery*, 59: 4-16.
- Chen, S. F., Wang, C. H., Chan, P. T., Chiang, H. W., Hu, T. M., Tam, K. W., & Loh, E. W. (2019). Labour pain control by aromatherapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Women and Birth*, 32(4), 327-335.
- Chuma, C., Kihunrwa, A., Matovelo, D., & Madendeka, M. (2014). Labour management and obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 68
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/68>
- Clesse, C., Lighezzola-Alnot, J., Lavergne, J., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: a systematic review. *Midwifery*, 66: 161-167.
- Coşar, F., Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1): 18-30.
- Çakaloz, D.K., Çoban, A. (2019). Sezaryen doğumların azaltılmasında ebenin rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1): 51-59.
- Çakır, D., Alparıslan, Ö. (2018). Doğum tipi değişkeninin anne-bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2): 139-147.
- Çakkal, Ö. (2018). Dr. Michel Odent: Kadınların tek başlarına doğum yapma yetileri ellerinden alındı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 45: 34-37.
- Çalık, K.Y., Çetin, F.C. (Ed.) (2018a). Doğum öncesi dönem II. İstanbul Tıp Kitabevleri, 1. Baskı, İstanbul. ISBN: 978-605-9528-91-7
- Çalık, K.Y., Çetin, F.C. (Ed.) (2018b). Normal doğum ve sonrası dönem. İstanbul Tıp Kitabevleri, 1. Baskı, İstanbul. ISBN : 978-605-9528-92-4

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Çetin, F.C., Çalık, K.Y. (Ed.) (2018). Doğum öncesi dönem I. İstanbul Tıp Kitabevleri, 1. Baskı, İstanbul. ISBN: 978-605-9528-70-2
- Çetin, F. C. (2018). Gebe okulu. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 38-39.
- Çifçi, A. (2019). Bir üniversite hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Çıtak Bilgin, N., Ak, B., Coşkun Potur, D., & Ayhan, F. (2018). Doğum yapan kadınların memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *HSP*, 5(3): 342-352.
- Çobanoğlu, A., Şendir, M. (2019). Evidence-based practices in episiotomy care. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27(1): 48-62. <https://doi.org/10.26650/FNJN345977>
- Çolak, M. B., Akın, B., & Turfan, E. Ç. (2019). İlk kez doğum yapan kadınlarda doğum şeklinin postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *life sciences*, 14(2), 30-40. issn: 1308 7347
- Dahlberg, U., Aune, I. (2013). The woman's birth experience – the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29: 407-415.
- Dahlen, H.G., Barclay, L.M., & Homer C.S.E. (2010). The novice birthing: the orising first-time mother's experiences of birth at home and in hospital in Australian. *Midwifery*, 26: 53-63.
- Demirel, G., Çelik, DB. (2013). Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(4): 157-163.
- Derya, Y.A., Güler, H. (2014). The opinions and experiences of obstetricians and midwives about the elective caesarean birth. *DEUHYO ED*, 7(1): 12-18.
- Durmaz, A., Buğdaycı, R. (2013). Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler. *Turk J Public Health*, 11(2): 72-85.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Elmas, S., Yeyğel, Ç., & Saruhan, A. (2017). Doğum öncesi eğitim modelleri eşliğinde doğal doğum. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg*, 20(4): 299-303.
- England, P., Horowitz, R. (2019). Editörler: Hakan Çoker, Julia Steils Paçacıoğlu. İncel doğum. Gün Yayıncılık, 1. Basım, İstanbul. ISBN: 978-605-4540-64-8
- Erbaba, H., Pınar, G. (2016). Postpartum perineal travmanın önlenmesi ve yönetimine ilişkin güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3): 272-281. doi:10.5222/HEAD.2016.272
- Erenel, A.Ş., Çiçek, S. (2018). Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2): 123-129.
- Ergin, A. B., Mallı, P. (2019). Doğumda kullanılan aromaterapiler: sistematik derleme. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2): 72-80.
- Ertaş, E., Durmaz, A. (2020). Gebelikte bitkisel ürünlerin kullanımı. *Sağlık Alanında Akademik Çalışmalar – II*, 3: 411-422. Ed. Cem Evreklioğlu. ISBN: 978-625-7858-06-9
- Evcili, F., Dağlar, G. (2019). Gebelikte risk algısı ölçeği: türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 44: 1-1.
- Fenech, G., Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185-193.
- Genç, R.E., Özkan, H. (Ed.) (2016). Ebeler için yenidoğan sağlığı ve hastalıkları. *Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri*. 1. Baskı, Elazığ. ISBN: 978-605-83928-3-0
- Göker, N. (2019). Travayda aktif faz süresinin, doğumun ikinci evresine ve postpartum konfora etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Gözükara, F., Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 89-100.
- Güngör, İ. (2004). Babaların doğuma katılmasının doğum deneyimi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Hofmeyr, GJ., Vogel, JP., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3.
- Hür, S., Demirci, N. (2017). Sezaryen ya da normal spontan doğum yapan primiparlarda doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi. *Ege Klin Tıp Derg*, 55(1): 14-19.
- Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E., & Bahrami, M. (2015). An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(3): 293-303.
- İldan Çalım, S. (2014). Travelbee kuramına göre verilen kişiler arası iletişim eğitiminin ebelerin iletişim becerilerine ve annelerin doğum memnuniyetine etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- İsbir, G. G., İnci, F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 29-40.
- Jouhki, M.R., Souminen, T., & Astedt-Kurki, P., (2017). Giving birth on our own terms- women’s experience of childbirth at home. *Midwifery*, 53: 35-41.
- Kamilçelebi, N., Şahin, A. S., Sargın, A., Karaman, S., Salihoğlu, Z., & Derbent, A. (2019). Doğumhanede son bir yılda uygulanmış olan ağrısız doğum uygulamalarının retrospektif olarak incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 58(2): 131-135.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kapısız, Ö., Karaca, A., Özkan, F.S., & Savaş, H.G. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 7(3): 156-160. ISSN: 2146-443X
- Karaahmet, A.Y., Yazıcı, S. (2017). Epizyotomide güncel durumlar. *HSP*, 4(1): 57-63. DOI: 10.17681/hsp.270072
- Karabel, M. P., Demirbaş, M., & İnci, M. B. (2018). Türkiye’de ve dünyada değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4), 158-163.
- Karaçam, Z., Akyüz, E.Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe / hemşirenin rolü. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 19(1): 45-53, ISSN 1304-4869.
- Karaman, ÖE. (2017). Doğum eyleminde hareket serbestliğinin doğum sürecine etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Kauffman, E., Sauter, VL., Katon, JG., & Sitcov, K. (2016). Cervical dilation on admission in term spontaneous labor and maternal and newborn outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 127(3): 481-488.
- Kaya, N., Demirel, G. (2018). İntrapartum perine masajı uygulamasına güncel bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, (3)1: 33-40.
- Kaya, N., Demirel, G. (2019). Perineal travmayı azaltmaya yönelik alternatif yöntemler. *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(2): 156-160. <https://doi.org/10.31067/0.2019.138>
- Kerimoğlu, Ö.S., Pala, H.G. (2011). Comparison of maternal outcomes between midwife and obstetrician led births. *Cumhuriyet Med J*, 33: 453-457.
- Kızılkaya, S. (2013). Sezaryen ya da normal spontan doğum yapan primiparlarda doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Kivik, S. Y., Kürtüncü, M. (2019). Epidural anestezi ile doğum yapan primipar annelerde erken ten tene temasın emzirme üzerine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(2): 37-47.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Koç, E., Şahin, N. (2016). Doğum eyleminde beslenme. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 47(4), 125-128.
- Kokanalı, D., Ayhan, S., Devran, A., Kokanalı, M. K., & Taşçı, Y. (2018). Sezaryen doğumun postpartum depresyona ve maternal bağlanmaya etkisi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 148-152.
- Korkut, S., Kaya, N. (2019). Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1): 144-152.
- Koyucu, RG., Demirci, N. (2016). Doğumun ikinci evresinde kullanılan ıkınma tipleri: literatür gözden geçirme çalışması. *JAREN*, 2(1): 33-39.
- Köksal, Ö., Duran, E.T. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *DEUHYO ED*, 6(3): 144-148.
- Kömürcü, N. (Ed.) (2013). Doğum ağrısı ve yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı. İstanbul. ISBN: 978-605-335-001-9
- Kumru, P., Topuzoğlu, A. (2019). Dünyada planlı ev doğumlarına güncel bakış: riskler ve faydaları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(2): 82-90.
- Kurak, M., Ateş, N.A., & Küğcümen, G. (2019). İlk doğumu olan lohusaların epizyotomi bakımı. *Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg.*, 4(2): 45-49.
- Kurt Can, E. (2018). Doğum şekline göre lohusaların doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
- Kurtoğlu ZB., Kaya, N. (2019). Evaluation of Defensive Medicine Practices in Birth According to Patient Rights and Code of Ethics for Midwives. *Journal of Health Science and Profession*, 6(3): 610-620. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.
- Lauzon, L., Hodnett, ED. (2017). Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No.: CD000936. DOI: 10.1002/14651858.CD000936.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, RMD. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub5.
- Lavender, T., Hart, A., & Smyth, RMD. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, GJ., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Art. No.: CD003934.
- Lemos, A., Amorim, MMR., Dornelas de Andrade, A., de Sozua, AI., Cabral Filho, JE., & Correia, JB. (2015). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. Art. No.: CD009124. DOI: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.
- Lewis, A. S., Eckardt, P., & Stapleton, D. (2018). An investigation in to the safety of oral intake during labor. *AJN*, 118(3): 24-31.
- McDonald, SJ., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, PS. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evid.-Based Child Health* 9(2): 303–397.
- Mete, S. (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *DEUHYO ED*, 6(2): 93-98.
- Mete, S., Çiçek, Ö., & Uludağ, E. (2016). Doğum ağrısı ve ankiyete arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *DEUHFED*, 9(3): 101-104.
- Michal, M., Dorota, T., & Andrzej, T. (2018). Non-pharmacological methods of labor pain relief. *Journal of Education, Health and Sport*, 8(9), 1105-1114.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2): 172-182.
- Miller, DA., Miller, LA. (2012). Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety. *American Journal of Obstetrics & Gynecology(ACOG)*, 278-283.
- Mohamed, AI., AbdElati, IH. (2015). Spontaneous versus valsalva pushing techniques at the second stage of labor among primipara women on labor outcomes. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 4(4): 82-88.
- Moiety, FMS., Azzam, AZ. (2014). Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 40(4): 946-953. doi:10.1111/jog.12284
- Moloney, S., Gair, S. (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice: contributing to women's enhanced birth experience. *Women and Birth*, 28: 323-328.
- Monari, F., Di Mario, S., Facchinetti, F., & Basevi, V. (2008). Obstetricians' and midwives' attitudes to ward cesarean section. *Birth*, 35(2), 129-135.
- Moore, ER., Bergman, N., Anderson, GC., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
- Myers, B., Tyler, C.V. (2019). Does the oral intake of solid food or fluids during labor affect maternal or fetal outcomes?. *Family Physicians Inquiries Network, Inc.*, 22(4): 7-8. DOI 10.1097/EBP.0000000000000236
- Odent, M. (2017). Çev: Zerrin Koltukçuoğlu. *Sezaryen*. 3. Baskı, İstanbul. Kuraldışı Yayıncılık. ISBN: 978-975-275-117-0

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Okumuş, F. (2016). Ebeler liderliğinde doğum bakım modeli: Hollanda örneği. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, Derleme Özel Sayısı Sayı: 07: 120-141.*
- Okumuş, F. (2018). Doğum fizyolojisine elverişli doğum ortamları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 24-25.*
- Okuyan, Y.Ç., Oran, N.T., & Can, H.Ö. (2019). Ebelik uygulama alanlarında yapılan teori ve modele dayalı tezler. *Life Sciences, 14(1): 20-29.* DOI: 10.12739/NWSA.2019.14.1.4B0022
- Onrat, T. (2018). Gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir
- O'Sullivan, G., Hart, D., Seed, P., & Shennan, A. (2009). Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomized controlled trial. *BMJ, doi:10.1136/bmj.b784*
- Ovalı, F. (2018). Doğum şeklinin erken ve geç yaşam üzerindeki etkileri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 28-29.*
- Öz, İ.Ş. (2019). Epidural doğum ve normal doğumda müdahale oranları ve müdahaleye bağlı gelişen komplikasyonların karşılaştırılması. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1): 23-28.*
- Özcan, N. Ş. (2018). Geleneksel tıp uygulamaları ve normal doğum. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 46-49.*
- Özkan, SA., Bal, MD. (2019). Maternal satisfaction in normal and caesarean birth: a cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences, 12(1): 408-415.*
- Öztürk, D. M., Sayner, F. D., & Bayar, A. (2017). Ebelik Mesleğinin Yetkileri İle İlgili Algı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1), 28-34.*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Öztürk, G.G., Karaçam, Z. (2018). Ebelerin intrapartum lavman uygulaması hakkında görüş ve deneyimleri: nitel bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(2): 1-14.
- Öztürk, M. (2018). “Organik doğum”. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 45: 44-45.
- Öztürk, S., Tüfekci, F.G., & Karakaya, N. (2019). The assessment of perceptions and feelings of women related to labor pain. *Sakarya Med J*, 9(2): 302-309.
- Parsons, M. (2004). A midwifery practice dichotomy on oral intake in labour. *Midwifery*, 20(1), 72-81.
- Pena-Marti, GE., Comunian-Carrasco, G. (2010). Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No.: CD005462. DOI: 10.1002/14651858.CD005462.pub2.
- Penny Simkin, P.T. (1991). Just another day in a woman’s life? women’s long-term perceptions of their first birth experiences. part I. *Birth*, 18(4): 203-210.
- Penny Simkin, P.T. (1992). Just another day in a woman’s life? part II: nature and consistency of women’s long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19(2): 64-81.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Derg*, 36(3): 184-190.
- Purisch, SE., Ananth, CV., Arditi, B., Mauney, L., Ajemian, B., Heiderich, A., Leone, T., & Gyamfi-Bannerman, C. (2019). Effect of delayed vs immediate umbilical cord clamping on maternal blood loss in term cesarean delivery a randomized clinical trial. *JAMA*, 322(19): 1869-1876. doi:10.1001/jama.2019.15995

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Qian, Y., Ying, X., Wang, P., Lu, Z., & Hua, Y. (2019). Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300: 531–543. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05215-8>
- Rabe, HMD., Andersson, O. (2019). Maternal and infant outcomes after different methods of umbilical cord management. *JAMA*, 322(19): 1864-1865.
- Rahmani, R., Khakbazan, Z., Yavari, P., Granmayeh, M., & Yavari, L. (2012). Effect of oral carbohydrate intake on labor progress: randomized controlled trial. *Iranian journal of public health*, 41(11), 59.
- Reid, M. (2011). The impact of traumatic delivery on the mother–infant relationship. *Infant Observation*, 14(2), 117-128.
- Reveziz, L., Gaitan, HG., & Cuervo, LG. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.
- Reyhan, F. (2017). Gebelerin suda doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Eskişehir
- Rossi, A. C., Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology*, 222, 102-108.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni. (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sayı: 7.
- Sağlık Göstergeleri. (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı.
- Sandall, J. (2014). Culture, context and the implementation challenge to achieve a better birth experience. *Midwifery*, 30(7): 803. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.009>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Sayiner, F.D., Demirel, G. (Ed.) (2018). Ina May'in doğum meselesi. Akademisyen Kitabevi. Ankara, ISBN: 978-605-258-048-6
- Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., & Savcı, A. (2009). Identifying the womens choice of delivery methods and the factors that affect them. *Perinatal Journal*, 17(3), 104-112.
- Sayiner, F. D., Öztürk, D.M., Ulupinar, E., Velipasaoglu, M., & Corumlu, E.P. (2019). Stress caused by environmental effects on the birth process and some of the labor hormones at rats: ideal birth environment and hormones. *The Journal of Maternal-Fetal&Neonatal Medicine*, (just-accepted), 1-201.
- Selman, Ş. (2018). Dünyada normal yolla ve sezaryenle doğum. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45: 50-53.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane data base of systematic reviews*, (8).
- Sperling, J. D., Dahlke, J. D., & Sibai, B. M. (2016). Restriction of oral intake during labor: whither are webound?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 214(5), 592-596.
- Strong, B., Coyne, K., & White, E. (2018). Are there benefits to a general diet rather than clear liquid diet for low-risk women in labor?. *Family Physicians Inquiries Network, Inc.*, 21(9): 26-27. DOI 10.1097/EBP.0000000000000047
- Suar, G. (2018). Normal doğum deneyiminin emzirme üzerine etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli
- Şahin, AB., Eyi, EGY. (2017). Amniyotominin eylem süresi, sezaryen oranlar, maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 25(1): 19-25.
- Şahin, H. (2019). Hitit metinlerinde doğum. *ASEAD*, 6(5): 464-477. ISSN:2148-9963
- Şahin, M., Erbil, N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu University Journal of Nursing Studies*, 2 (2): 120-130.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Şahin, S. (2018). Gebelik takibi ve sağlıklı gebelik. Dünyada ebelik mesleği ve eğitimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 45: 64-65.
- Şantaş, G., Şantaş, F. (2017). Özel hastanelerin hizmet pazarlamasında yeni trend: doğum paketleri. *KTÜ-Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(13): 55-68.
- Şeref, M., Gözütok, F.D. (2018). Bir program değerlendirme örneği: doğum eğitimi. *IHEAD*, 3(1): 64-77. e-ISSN 2528-9632
- Şimşek, H. N., Demirci, H., & Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 97-103.
- Şimşek, S., Karahan, N. (2017). Assessment of The Impact of Mother-Infant Skin-to-Skin Contact at Childbirth on Breastfeeding. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 9(1).
- Tanvisut, R., Traisrisilp, K., & Tongsong, T. (2018). Efficacy of aroma therapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Archives of gynecology and obstetrics*, 297(5), 1145-1150.
- Tektaş, E., Bozkurt, G., Ergin, E., & Sezgin, S. (2018). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 43(Ek 1), 63-69. DOI: 10.17826/cumj.412655
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6486.partografgenelgesipdf.pdf?0> Erişim Tarihi; 04.01.2020.
- Thiessen, K., Nickel, N., Prior, H.J., Banerjee, A., Morris, M., & Robinson, K. (2016). Maternity outcomes in Manibota women: a comparison between midwifery-led care and physician-led care at birth. *Birth*, 43(2): 108-115.
- Tillett, J., Hill, C. (2016). Eating and drinking in labor: reexamining the evidence. *The Journal of perinatal&neonatal nursing*, 30(2), 85-87.
- Turfan, E.Ç. (Ed.) (2018). Ina May'in emzirme rehberi. Akademisyen Kitabevi. Ankara, ISBN: 978-605-258-044-8

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tokat, S. (2019). Doğumda eş ve anne/arkadaş desteğinin doğum sürecine etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Topçu, İ., Dişsiz, M. (2018). Doğum eyleminde kullanılan manipülatif ve beden temelli tamamlayıcı-alternatif yöntemler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2): 33-37.
- Uçar, E. (2013). Wijma doğum beklentisi/deneyimi B versiyonu'nun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Uzel, H.G., Yanikkerem, E. (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. *DEUHFED*, 11(1): 26-34.
- Uzun, B., Dağ, E. N. (2019). Kadınların doğum şekli tercihlerinde ebenin rolü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 87-90.
- Ünay, V., Taşpınar, A. (2018). Sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *sted*, 27(3): 190-196.
- Vakilian, K., Keramat, A., & Gharacheh, M. (2018). Controlled breathing with or without lavender aromatherapy for labor pain at the first stage: a randomized clinical trial. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 5(3), 172-175.
- Vaziri, F., Arzhe, A., Asadi, N., Pourahmad, S., & Moshfeghy, Z. (2016). Spontaneous pushing in lateral position versus valsalva maneuver during second stage of labor on maternal and fetal outcomes: a randomized clinical trial. *Iran Red Crescent Med J.*, 8(10): e29279. doi: 10.5812/ircmj.29279.
- Vural, G., Erenel, A. Ş. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 76-83.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Wang, Z., Sun, W., & Zhou, H. (2012). Midwife-led care model for reducing caesarean rate: a novel concept for world wide birth units where standard obstetric care still dominates. *Journal of Medical Hypotheses and Ideas*, 6(1), 28-31.
- World Health Organization (WHO). (2015). Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. Human Reproduction Programme (HRP).
- World Health Organization. (2018). Who recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. ISBN 978-92-4-155021-5
- Yaldır, I.A. (2016). Vajinal doğum sonrası erken dönemde maternal memnuniyet, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın
- Yalnız, H., Canan, F., Ekti Genç, R., Kuloğlu, M.M., & Geçici, Ö. (2016). Travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Med J.*, 8(3): 81-88.
- Yalnız, H.D., Genç, R.E. (2019). Travmatik doğumun önlenmesinde ebeğin rolü, *Life Sciences (NWSALS)*, 14(3):64-73. DOI: 10.12739/NWSA.2019.14.3.4B0026.
- Yanikkerem, E., Çimen, E. (2017). Hemşirelerin doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açıları. *MCBU-SBED*, 4(1): 533-541.
- Yaşar, E., Aydın, S. R., & Gençtürk, N. (2019). Türkiye’de ebelerin yapmış oldukları kanıta dayalı uygulamalar: sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2): 43-51.
- Yazgan, E. (2014). Doğumhane koşullarının doğum ağrısı, doğumdan memnuniyet ve anne-bebek bağlanması üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Yeşildağ, B., Gölbaşı, Z. (2018). Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğini değerlendiren lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3): 104-111.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yıldırım, D., Bafalı İ.O., Ateş MC., Erdem B., Köroğlu N., & Karaaslan O. (2018). Does the timing of episiotomy repair influence the incidence of postpartum hemorrhage? a randomized controlled study. *Eur Arch Med Res*, DOI: 10.5152/eamr.2018.48243
- Yıldız, H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: dünya sağlık örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2): 98-105. doi:10.30934/kusbed.546900
- Yıldız, N. K. (2018). Alternatif doğum yöntemleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 45: 40-43.
- Yılmaz, S. (2017). Doğum beklentisi ile yaşanan doğum deneyimi arasında ki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya
- Yılmaz, S. D., Aksoy, Y.E. (2018). Dünyada ebelik mesleği ve eğitimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 45: 60-63.

8. EKLER DİZİNİ

EK-1: KATILIMCI TANITIM FORMU

KATILIMCI TANITIM FORMU

Form No:

A)SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız?.....

2-Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekar c) Yalnız (Boşanmış, eşini kaybetmiş)

3-Öğrenim durumunuz?

- a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar, ilkokul, ortaokul
c) Lise d) Üniversite ve üstü

4-Mesleğiniz?

- a) Çalışan b) Çalışmayan

5-Eşinizin mesleği?

- a) Çalışan b) Çalışmayan

6-Toplam gelir durumunuz?

- a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden düşük

7-Sosyal güvenceniz?

- a) SSK b) Bağ-kur c)Emekli Sandığı d) Genel Sağlık Sigortası e) Yok

8-Büyüdüğünüz yer?

- a) İl b) İlçe c) Kasaba d) Köy

B)OBSTETRİK ÖZELLİKLER

9-İlk gebelik yaşıınız?.....

10-Kaç kez gebe kaldınız?.....

11-Kaç doğum yaptınız?.....

12-Kaç kez düşük yaptınız?.....

13-Kaç kez küretaj oldunuz?.....

14-Yaşayan çocuk sayınız?.....

C)DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

15-Gebeliğiniz planlı mıydı?

- a) Evet b) Hayır

16-Doğum öncesi kontrole gittiniz mi?

- a)Evet(kaç kez?):..... b) Hayır

17-Doğumunuzu nerede yaptınız?

a) Devlet hastanesi b) Özel hastane c)Ev d) Diğer:.....

18-Doğumunuzu nerede yapmak isterdiniz?

a) Devlet hastanesi b) Özel hastane c)Ev d) Diğer:.....

19-Doğumunuz kaç saat sürdü?

a) 1-5 saat b) 6-10 saat c) 10-15 saat d) 15 saatten fazla

20-Doğumunuzu hastanede yaptıysanız; doğumunuza kadar kaç saat hastanede beklediniz?.....

21-Doğumunuzda herhangi bir problem oldu mu?

a) Evet:..... b) Hayır

22-Doğumunuzu kim yaptırdı?

a) Doktor b) Ebe c)Hemşire d) Diğer:.....

23-Doğumunuzda ebe olmasından memnunnuydunuz/olmasını istermiydiniz?

a) Evet b) Hayır

24-Doğum şekliniz?

a) Normal doğum b) Sezaryen

25-Doğum şeklinizden memnun kaldınız mı?

a) Evet b) Hayır

26-Doğumdan korkuyor musunuz?(cevabınız hayır ise 28. soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

27-Doğumdan korkma sebebiniz nedir?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a. Doğum ağrısı

b. Bebeğin zarar görmesi

c. Ölme düşüncesi

d. Yırtık-dikişılması

e. Sağlık personellerinin olumsuz davranışı

f. Korkutucu doğum hikayeleri

g. Diğer:.....

28-Doğum sürecinizde aşağıdaki uygulamaların hangisi yapıldı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a. Epidural analjezi(prenses doğum)

b. Suni sancı(oksitosin)

c. Epizyotomi(dikişli doğum)

d. Vakum

- e. Su kesesi açılması(amniotomi)
- f. Bağırsak temizliği(lavman)
- g. İdrar sondası
- h. Perine traşı
- i. Karına baskı
- j. Açıklık muayenesi(vajinal tuşe)(kaçkez):.....

29-Doğum sürecinde ağızdan beslenmenize izin verildi mi?

- a) Evet:..... b) Hayır

30-Doğum sürecinde yanınızda size destek olacak birisi var mıydı?

- a)Evet :.....(eş, anne, abla vs.) b) Hayır

31-Doğum sürecinde mahremiyetinizin korunduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Kısmen c)Hayır

32-Doğum sürecinde yürümenize ve ya alternatif pozisyon almanıza izin verildi mi?

- a) Evet b) Kısmen C) Hayır

33-Doğum sürecinde bebeğin kalp sesi dinlenen cihaz(EFM) bağlandı mı?

- a) Evet b) Kısmen c)Hayır

34-Doğumdan sonra bebeğinizle ilk temasınız ne zaman gerçekleşti?

- a) Hemen b) 1-6 saat sonra d) 6 saatten fazla

35-Doğum sürecinde sağlık personeli tarafından psikolojik destek aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

36-Doğum sürecinde doğumun gidişatına yönelik bilgilendirildiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

37-Doğumunuzu başkalarına hangi ifadelerle tarif edersiniz?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Korkunç
- b) Zor
- c) Ağrılı
- d) Muhteşem
- e) Huzurlu
- f) Kolay
- g) Diğer:.....

38-Doğum eylemi size hangi ifadelerle tarif edilmişti?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Korkunç
- b) Zor
- c) Ağrılı
- d) Muhteşem
- e) Huzurlu
- f) Kolay
- g) Diğer:.....



EK-2: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ)

TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ

Bu anket formu, kadının doğum olgusunu düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini ve bu kapsamda kaygı, korku, endişeleri ve travmayı içermektedir. Her bir sorunun karşılığı hiç yoktan en şiddetliye doğru 0-10 kadar puanlama bulunmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum olgusunu düşündüğünüzde, doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi bu puanlamaya göre durumunuza en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

2. Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç endişelendirmez Çok endişelendirir

3. Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

4. Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

5. Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç zarar vermez Çok zarar verir

6. Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılandırmaz

Çok kaygılandırır

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkutmaz

Çok korkutur

8. Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

9. Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç huzursuz etmez

Çok huzursuz eder

10. Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygı duymam

Çok kaygı duyarım

11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç hissetmem

Çok hissedirim

12. TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz

Kalp atışlarım çok hızlanır

TEŞEKKÜRLER...

EK-3: Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü'nde Ebe Feride ÇEVİK ve Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER tarafından gerçekleştirilen Yüksek Lisans Tez çalışması için oluşturulmuştur.

Çalışmamızın amacı; kadınların hayatlarında çok önemli yere sahip olan doğum olayının son 30 yılda ki değişimlerden nasıl etkilendiğini değerlendirmektir. Bu amaçla, 1 yıl içerisinde doğum yapmış kadınlar ile 50 yaş üstü en az bir doğum yapmış kadınların doğum algılarını karşılaştırmayı hedeflemekteyiz.

Gönüllü olarak katıldığınız bu çalışmadan, istediğiniz zaman gerekçe belirtmeden ayrılma hakkına sahipsiniz. Vereceğiniz cevaplar sadece çalışmamız kapsamında kullanılacak ve gizli kalacaktır. Sorulara cevap vermek için ayıracağımız süre yaklaşık 20 dakikadır. Lütfen sorulara içtenlikle cevap veriniz.

Doğumların 'özüne dönmesi, normalleşmesi' adına yaptığımız bu çalışmaya katılarak bize destek olduğunuz için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcı Ad-Soyad-İmza:

Katılımcı No:

Tarih:

Araştırmacı Ad-Soyad-İmza: Feride ÇEVİK

Araştırmacı Telefon Numarası: 05306886080

EK-4: Etik Kurul Kararı



Prof.Dr.Muhammed Evvah KARAKILIC
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Doç.Dr.Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

Prof.Dr.Setenay DİNÇER ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD

Prof.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji AD

Prof.Dr.Timuçin KAŞİFOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD

Doç.Dr.Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi AD

Doç.Dr.Kürşat Bora ÇARMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD /
Çocuk Nörolojisi BD

Doç.Dr.Melih VELİPAŞAOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Doç.Dr.Lütfiye DEMİR
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hast. AD / Tıbbi Onkoloji BD

Doç.Dr.Merih ÖZGEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

Doç.Dr.Göknur YORULMAZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD / Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD

Doç.Dr.Ferdi KÖŞGER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Dr.Öğr.Üy.Mustafa Değer BİLGEÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

İ.Ü.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

KARAR FORMU

Başvuru Tarihi: 12.04.2019	Çalışmanın Başlığı: "Bir Yıl İçerisinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması" Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü – Prof.Dr.Fatma Deniz SAYINER (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Ebe Feride ÇEVİK (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 30.04.2019	Sonuç: 1. Çalışma protokolünde "Etik kurulun uygun gördüğü örnek hacmi toplandıktan sonra analizler yapıp deneysel örnek sayısı belirlenecektir. Bu işlemde sonra ulaşılabilecek olan toplam katılımcı sayısı ve ayrıntılı bütçe belirlenip etik kurulumuza bildirilecektir." ifadesi yer almaktadır. Örnek hacmini Etik Kurul değil araştırmacı belirler. Bu nedenle önsel güç analizi yapılması önerilmektedir. 2. Anket Formunda yer alan "Sosyal Güvenceniz" sorusunun alt seçeneklerinin olması uygun olacaktır. Anket Formundaki açık uçlu soruların sınırlandırılması, anket düzenlenirken bir Biyoistatistik Uzmanına danışılması önerilmektedir.
Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 06.09.2019	Prof.Dr.Fatma Deniz SAYINER'in yazısı Sorumlu araştırmacısı olduğum "Bir Yıl İçerisinde Doğum Yapmış Kadınlar İle 50 Yaş Üstü Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması" isimli tez çalışmasının etik kurulunuzca bildirilen değişiklik ve eksiklikler aşağıdaki gibi düzeltilmiş olup maddeler halinde sıralanmıştır. 1) Anket formunda bulunan "Sosyal güvenceniz? a)var b) yok" sorusunun cevapları etik kurulunuzca istenildiği gibi düzeltilmiş olup "Sosyal güvenceniz? a) SSK b) Bağ-kur c) Emekli Sandığı d) Genel Sağlık Sigortası e) Yok" olarak değiştirilmiştir. 2) Araştırmanın örneklemi; istatistiksel hesaplamalar ve power analiz sonucu %95 güven , %5 kabul edilebilir hata ile birlikte ilk grup (son 1 yıl içerisinde doğum yapmış kadınlar) 323 kişi, ikinci grup (50 yaş üstü kadınlar) 377 kişi olarak hesaplanmıştır.



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Çalışmanın Başlığı: "Bir Yıl İçerisinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması"

	<p>3) Araştırmanın yapılacağı yer ve zaman, 'Kütahya il merkezinde, 01 Ekim 2019 31 Ocak 2020 tarihleri arasında yapılacaktır.' olarak değiştirilmiştir.</p> <p>4) Araştırmanın bütçesi 'Araştırmaya ayrılacak olan genel gider, fotokopi, kırtasiye ve yol giderleri toplamı 1500 tl olarak öngörülmektedir.' olarak bildirilmiştir.</p> <p>Yukarıda belirtilen düzeltmelerin incelenip tez çalışmasının etik olarak uygunluğunun Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.</p> <p>Saygılarımla</p> <p>EK-1: Anket Formu</p> <p>EK-2: Çalışma Protokolü</p>
<p>Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi:</p> <p>24.09.2019</p>	<p>Sonuç:</p> <p>Araştırmacılara hasta haklarına dikkat etmeleri, bilgi gizliliğinin sağlanması için görüşmeler sırasında gereken tedbirlerin alınması, gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken tedbirlerin alınması, gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtların ilgili mevzuat hükümlerine göre korunması önerilmektedir. Araştırmacılar kurulumuza taahhütnamelerle iletmış oldukları sorumlulukları üstleneceklerdir.</p>
<p>Karar Tarihi:</p> <p>24.09.2019</p> <p>Karar No: 01</p>	<p>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğretim üyesi Prof.Dr.Fatma Deniz SAYINER'in (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen "Bir Yıl İçerisinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması" başlıklı araştırma/çalışma gereç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p> <p>Araştırmacılara başarılar dileriz.</p>



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Çalışmanın Başlığı: "Bir Yıl İçerisinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması"

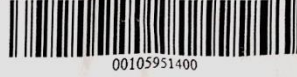
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1	Prof.Dr.Muhammed Evvah KARAKILIÇ (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD	
2	Doç.Dr.Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	
3	Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD	
4	Prof.Dr.Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD	
5	Prof.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji AD	
6	Prof.Dr.Timuçin KAŞİFOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD	
7	Doç.Dr.Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD	
8	Doç.Dr.Kürşat Bora ÇARMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağ. ve Hastalıkları AD / Çocuk Nörolojisi BD	
9	Doç.Dr.Melih VELİPAŞAOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	
10	Doç.Dr.Lütfiye DEMİR	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD / Tıbbi Onkoloji BD	
11	Doç.Dr.Merih ÖZGEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD	
12	Doç.Dr.Göknur YORULMAZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD / Endokrinoloji ve Metab. Hast. BD	
13	Doç.Dr.Ferdi KÖŞGER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD	
14	Dr.Öğr.Üy.Mustafa Değer BİLGEÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD	
15	Av.Önder CAN	Hukuk	

EK-5: İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KÜTAHYA
TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
20/11/2019 10:35 - 66581584 - 604 99 - E 38



Sayı : 66581584-604.99
Konu : Araştırma İzni

Sayın Arş. Gör. Feride ÇEVİK
(Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

İlgi : 13.11.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ile; 01.11.2019-31.01.2020 tarihleri arasında Merkez Gaybiefendi, Bahçelievler ve Bölcek Aile Sağlığı Merkezlerinde "**Bir yıl içerisinde Doğum Yapmış Kadınlar ile 50 Yaş Üstü Kadınların Doğum Algılarının Karşılaştırılması**" konusunda yapılacak araştırma için izin talebinde bulunulmuştur.

Söz konusu izin talebi değerlendirilerek; ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge doküman v.b. evrakların paylaşılması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. İsmail ZEHİR
İl Sağlık Müdürü

Saray Mahallesi Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No.40 KÜTAHYA

Telefon: Faks No: 02742230056

e-Posta: betul.ekmekci@saglik.gov.tr İnternet Adresi: e-Posta:
hsm43.tsb@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 72849ba5-3e18-4b0d-9b19-d5ba49a0b8cb kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Betül EKMEKÇİ

EBE

Telefon No: (0 274) 223 63 41

9-ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Feride ÇEVİK
Doğum tarihi ve yeri : 23.03.1994/ İskenderun
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : ebeferide94@gmail.com, feride_94@hotmail.com

Eğitim Durumu

Lisans : Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü – 2015
Yüksek Lisans : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı – 2020

Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim

Bitlis Hizan Toplum Sağlığı Merkezi- Ebe / 2016-2016

Eskişehir Seyitgazi Toplum Sağlığı Merkezi- Ebe / 2016-2019

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ebelik Bölümü- Araştırma Görevlisi / 2019-2019

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi- Ebelik Bölümü- Araştırma Görevlisi / 2019-Halen

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Anadolu Ebeler Derneği

Katılan Kurslar

Nitel Araştırmalar Kursu, 11-12 Kasım 2019, Kütahya

Bilimsel Toplantılara Katılım

- TÜRK İMMÜNOLOJİ DERNEĞİ BÖLGESEL SEMPOZYUMU VIII- 2012
- 3. ULUSAL EBELİK ÖĞRENCİ KONGRESİ- MALATYA- 2012
- 4. ULUSAL EBELİK ÖĞRENCİ KONGRESİ- SAMSUN- 2013
- 1. ULUSLARARASI 5. ULUSAL EBELİK ÖĞRENCİ KONGRESİ- ESKİŞEHİR- 2014
- DOĞUM ALGISI SEMPOZYUMU- ANKARA- 2018

Yayımlar

- **Müdük F.** Müdük A. Kadına Yönelik Şiddet ve Ebelere Düşen Görevler. 3. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi- Malatya- 2012 (Sözel Sunum)
- **Müdük F.** Bilişsel Bilgi Teknolojilerinin Sağlık Alanında Kullanımı. 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi- Samsun- 2013 (Poster Sunum)
- **Müdük F.** Adölesan Sorunu: "Çocuk Annelik". 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi- Eskişehir- 2014 (Poster Sunum)

